Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 23. 5. Juni. 1888.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

35. Jahrgang.

Originalien.

Myo- und Neuropathologische Beobachtungen.

Von *L. Löwenfeld.*

I.

Ueber einen Fall halbseitiger Atrophie der Gesichts- und Kaumusculatur nebst Bemerkungen über einen Fall luetischer Trigeminusaffection.

Die Lehre von den Muskelatrophien hat in den letzten Jahren eine ausserordentlich eifrige Bearbeitung erfahren. Aus dem Gemenge von Beobachtungen, die man vordem unter der Signatur der progressiven Muskelatrophie zusammengefasst hatte, ist eine Anzahl von Typen gesondert und die Trennung der neurotischen Formen des Muskelschwundes von den nicht neurotischen in weitergehendem Maasse durchgeführt worden, als es früher möglich war.

Die Beobachtung, welche ich im Nachstehenden mittheilen werde, ist nicht geeignet, eine der noch immerhin zahlreichen Lücken in unseren Kenntnissen betreffs der bereits unterschiedenen Formen des Muskelschwundes auszufüllen. Sie stellt jedoch hinsichtlich der Localisation und Begrenzung der Muskelatrophie eine bisher nicht beschriebene, eigenartige Varietät dar und dürfte aus diesem Grunde des Interesses nicht entbehren.

R. V., 52 Jahre alt, Beamter a. D., unverheirathet (aufgenommen 2. März 1887).

Der Vater des Patienten starb im Alter von 63 Jahren an einem Schlaganfalle, die Mutter im Alter von 79 Jahren an Altersschwäche. Patient hat 4 Geschwister, die sämmtlich gesund sind. Von Nerven- und Muskelkrankheiten ist in der Familie desselben nichts bekannt. In der Kindheit machte Herr V. nur die Masern durch; im Uebrigen erfreute sich derselbe stetigen Wohlbefindens bis zum Auftreten der gegenwärtig noch bestehenden, im Folgenden näher zu schildernden Erkrankung. Im Jahre 1865 wurde Patient von einem Bekannten auf eine Ungleichheit seiner Augen aufmerksam gemacht; die betreffende Persönlichkeit glaubte, dass Patient sein linkes Auge etwas schliesse. Indess schenkte Patient diesem Umstande keine weitere Beachtung; er hatte keinerlei Beschwerden und war sich keines Leidens bewusst, bis im Jahre 1868 abermals und zwar dieses Mal von einem befreundeten Arzte seine Aufmerksamkeit darauf gelenkt wurde, dass in seinem Gesichte etwas nicht in Ordnung sei. Aufgefordert, die Wangen aufzublähen und die Augen zu schliessen, vermochte Patient beides rechts nur sehr mangelhaft. Patient zog in der Folge Hrn. Dr. Bayerlacher (Nürnberg) zu Rathe, welcher denselben etwa 60 mal elektrisirte. Unter dieser Behandlung soll eine gewisse Besserung, nach dem Aussetzen derselben jedoch keine wesentliche Veränderung in dem Zustande des Gesichtes bis heute mehr eingetreten sein. 1882/83 entwickelte sich bei dem Patienten Schwerhörigkeit auf dem rechten Ohre; der behandelnde Arzt bezog das Leiden auf eine Trommelfellerkrankung. Im August vorigen Jahres stellten sich neuralgische Schmerzen und Schwäche im linken Beine ein, welche Beschwerden durch eine Badecur in Wiesbaden bedeutend gebessert wurden. Doch besteht noch derzeit eine gewisse Schwäche im linken Beine und zeitweilig Schmerz in der Mitte der Vorderfläche des linken Oberschenkels.

Stat. praes.: Schlankgebaute, übermittelgrosse Persönlichkeit von guter allgemeiner Ernährung. Schädel von normaler Configuration; keine Narbe, keine für Druck oder Percussion empfindliche Stelle an demselben. Die Arterie temporalis, insbesonders links, stark geschlängelt und etwas verdickt. Die rechte Schläfengegend abgeflacht, an der rechten Stirnhälfte die Runzeln fehlend. Das rechte Auge etwas stärker prominirend als das linke, die rechte Lidspalte erheblich weiter als die linke. Unterhalb des rechten Jochbogens dem Masseter entsprechend eine beträchtliche Vertiefung der Wange. Man kann hier den Innenrand des aufsteigenden Unterkieferastes sowie den unteren Rand des Jochbogens abtasten, ohne bei ruhendem wie bei bewegtem Unterkiefer eine Spur vom Masseter zu entdecken; auch vom Temporalmuskel ist rechts bei sorgfältigster Prüfung keine Spur zu constatiren.

Die Nasolabialfalte ist rechts verstrichen; die rechte Nasenöffnung enger als die linke, die rechte Nasenrückenhälfte glatter und etwas abgeflachter als die linke. Der linke Mundwinkel höher stehend und näher der Mittellinie als der rechte (Mund nach links verzogen). Beide Lippen etwas wulstig und vorspringend; die nähere Betrachtung ergiebt jedoch, dass die rechte Lippenhälfte oben und unten etwas dünner ist als die linke. Patient trägt einen kurzen Vollbart, der die Differenzen zwischen den beiden Gesichtshälften nicht so auffällig hervortreten lässt, als es unter anderen Verhältnissen der Fall wäre. In der Beschaffenheit der Haut, des Bartes und des subcutanen Zellgewebes zwischen beiden Gesichtshälften kein nennenswerther Unterschied, auch das Knochengerüst zeigt keine Differenzen; alle diese Theile verhalten sich normal.

Augenbewegungen, Pupillenreaction, Zungenbewegungen gleichfalls normal.

Beim Emporziehen der Stirne bleibt dieselbe rechts ganz glatt. Beim Runzeln der Stirne fehlt rechts die senkrechte Fältelung der Haut. Das rechte Auge kann nur bis auf einen circa $^1/_3$ cm grossen Spalt geschlossen werden. Erweiterung des rechten Nasenloches (Schnüffelbewegung) rechts mangelhafter als links. Pfeifen ist nicht möglich; das Aufblähen der Wange rechts ganz unmöglich, links schwierig. Andrücken der Wange an die Zähne, Aneinanderpressen der Lippen, Emporziehen des Mundwinkels und der Oberlippe, Auswärtsbewegung des Mundwinkels, Nachabwärtsziehen des letzteren und der Unterlippe, Erhebung der Unterlippe, diese sämmtlichen Bewegungen rechts schwächer als links.

Bei stärkerer Anstrengung im M. orbicularis oris und palpebrarum rechterseits, ferner bei mimischen Bewegungen öfters in den zum rechten Mundwinkel und zur rechten Oberlippenhälfte sich begebenden Muskeln fibrilläre Zuckungen. Beim Oeffnen des Mundes und beim Aufeinanderbeissen der Zähne weicht der Unterkiefer etwas nach rechts ab, noch mehr macht sich dieses Abweichen beim Vorstrecken des Unterkiefers (Zähne-

blöken) bemerklich. Patient ist im Stande den Unterkiefer willkürlich nach rechts zu bewegen, aber nicht nach links; beim Versuche zu letzterer Bewegung kommt der Unterkiefer nicht über die Mittellinie hinaus. Beim Essen (Kauen) hat Patient keine besonderen Schwierigkeiten; nur bei Aufnahme von Flüssigkeiten macht sich eine Neigung derselben, zum rechten Mundwinkel herauszufliessen, bemerklich. Patient weiss gar nichts von dem Mangel der rechtsseitigen Kaumuskeln. Dass Patient beim Kauen wenig Unterschied zwischen den beiden Seiten wahrnimmt, hängt wohl auch mit dem Umstande zusammen, dass demselben rechts unten alle Backzähne, rechts oben die hinteren Backzähne fehlen. Patient trägt oben eine Platte. Unten fehlen links ebenfalls 4 Backzähne.

An der Zunge keine Andeutung von Atrophie. Das Zäpfchen weicht nach links ab; das Gaumensegel wird beiderseits gleich gut gehoben. Die Besichtigung der Mundhöhle ergiebt ferner, dass die Falte, welche am Gaumen vom hinteren Rande des Oberkiefers seitlich zu dem Unterkieferwinkel herabzieht, rechts fehlt, während sie links sehr deutlich ist[1]). An Stelle dieser Falte zeigt sich rechts eine deutliche, grubige Vertiefung, die sich in geringer Entfernung hinter dem letzten unteren Backzahne zu einer tiefen Nische verengt. Diese Vertiefung ist offenbar durch Schwund der M. pterygoidei auf dieser Seite entstanden und bildet sohin ein allgemein verwerthbares Zeichen der Atrophie dieser Muskeln.

Das Sehvermögen, die cutane Empfindung im Gesichte, Geruch und Geschmack zeigen keine Veränderung. Die Hörschärfe ist beiderseits herabgesetzt, besonders erheblich rechts; links die Schallleitung durch die Kopfknochen gut erhalten, rechts nahezu aufgehoben. Die Sprache ist ohne auffallende Anomalie.

Die elektrische Exploration ergibt vollständigen Verlust der galvanischen und faradischen Erregbarkeit (der directen und indirecten) von Seiten des M. frontalis und Corrugator supercil.; Herabsetzung der directen und indirecten Erregbarkeit für beide Stromesarten in den übrigen Muskeln der rechten Gesichtshälfte ohne Aenderung der Zuckungsformel und ohne Zuckungsträgheit, also keine EaR. Die Herabsetzung der Erregbarkeit betrifft die einzelnen der fraglichen Gesichtsmuskeln in verschiedenem Grade, am beträchtlichsten die rechte Hälfte des Orbic. oris, am geringsten den M. levator labii sup. alaeque nasi. Ausserdem bekundet sich grosse Erschöpfbarkeit der Reaction (Lückenreaction), bei faradischer Reizung zum Theil auch undulirende Contractionsform. Vom Masseter und Temporalis ist rechts auch auf elektrischem Wege nichts nachzuweisen. Die elektrische Exploration zeigt ferner, dass der Orbic. palpebrarum namentlich in seinem unteren Theile beträchtlich geschwunden ist und nur mehr ein schmales Bündel darstellt; dementsprechend ist der Lidschluss, wie bemerkt, unvollkommen und von sehr geringer Kraft und Ausdauer.

Im Uebrigen bot der Befund bei dem Patienten nichts Bemerkenswerthes mit Ausnahme der bereits erwähnten Schwäche des linken Beines, die sich jedoch nur beim Gehen in einem unbedeutenden Nachziehen dieser Extremität äusserte.

Wie wir aus Vorstehendem ersehen, haben wir bei unserem Patienten rechts vollständigen Schwund der äusseren Kaumuskeln (Masseter und Temporalis) neben Functionsausfall (Mangel der Seitwärtsbewegung des Kiefers nach links) und wahrscheinlich ebenfalls vollständigem Schwunde der M. pterygoidei. Atrophisch sind ferner die rechtsseitigen Gesichtsmuskeln und zwar, soweit dies zu beurtheilen, vollständig geschwunden der M. frontalis und Corrugator supercilii, hochgradig atrophisch der M. orbicularis oculi und oris, die übrigen Gesichtsmuskeln in geringerem Grade atrophisch, wie sich aus der verringerten motorischen Leistung derselben, der herabgesetzten elektrischen Erregbarkeit und zum Theil dem Auftreten fibrillärer Zuckungen in denselben ergibt. Wodurch ist jedoch diese Atrophie entstanden? Handelt es sich um Residuen einer veralteten (atrophischen) Lähmung, oder um irgend eine Form von Muskelatrophie, bei der die Motilitätsabnahme lediglich durch den Schwund der Muskelsubstanz bedingt ist. Die Anamnese und der gegenwärtige Befund weisen entschieden auf letzteres hin. Der derzeit constatirte Zustand hat sich bei dem Patienten so allmälig im Verlaufe einer Reihe von Jahren entwickelt, dass er an sich keine Veränderung gewahrte und von fremder Seite darauf aufmerksam gemacht werden musste, dass in seinem Gesichte ein Leiden bestehe. Von dem Schwunde der rechtsseitigen Kaumuskeln wusste er noch nichts, als er in meine Beobachtung kam. Hätte sich eine Lähmung der Gesichts- und Kaumusculatur bei dem Patienten in kürzerer Zeit entwickelt, so würden die hiedurch verursachten Störungen dem Patienten, der ein intelligenter, gebildeter Mann ist, nicht entgangen sein. Die gänzliche Nichtbeachtung des Leidens lange Zeit hindurch ist wohl nur denkbar bei einer sehr langsam fortschreitenden Muskelatrophie, bei der der Motilitätsdefect in unmerklicher Weise, entsprechend der Abnahme der Muskelsubstanz, sich steigert.

Wir haben uns sonach nur noch mit der Frage zu beschäftigen, ob es sich im vorliegenden Falle um eine sogenannte idiopathische Muskelerkrankung oder eine neurotische, durch Veränderung der bulbären Kerne bedingte Muskelatrophie handelt. Hier müssen wir zunächst die Thatsache berücksichtigen, dass die constatirte Atrophie sich strenge auf eine Gesichtshälfte beschränkt, andererseits neben den äusseren auch die inneren Kaumuskeln, die sämmtlich von einem Kerne, resp. Nerven innervirt werden (der motorischen Wurzel des Trigeminus) geschwunden sind. Bei einer primären Muskelaffection ist sowohl die streng halbseitige Begrenzung des Leidens wie die Mitbetheiligung der M. pterygoidei bei völliger Verschonung der Zunge und der Gaumenmuskeln, schwer verständlich; während diese Localisation der Muskelatrophie sich in ganz ungezwungener Weise erklärt, wenn wir eine Erkrankung des Facialis- und des motorischen Trigeminuskernes annehmen, die beide am Boden der Rautengrube zwar nicht unmittelbar aneinanderstossen, aber doch sehr nahe beieinander liegen. Für einen nuclearen Ursprung und gegen eine idiopathische Muskelaffection spricht ferner der Nachweis fibrillärer Zuckungen in den atrophischen Muskeln, während der Mangel von EaR. wenigstens nicht gegen den bulbären Ausgangspunct verwerthet werden kann, wenn auch von Erb und A. EaR. bei progressiver Bulbärkernlähmung beobachtet wurde; es handelt sich hier um eine veraltete, längst zum Stillstand gelangte Affection und der gegenwärtige elektrische Befund lässt das frühere Vorhandengewesensein von EaR. keineswegs ausschliessen.

In ätiologischer Hinsicht muss ich hier nachtragen, dass Patient zu Anfang der sechziger Jahre die Gewohnheit hatte, zu seinem Vergnügen einen Serviettenring nach Art eines Monocles zwischen den oberen Rand der Augenhöhle und den unteren Rand des Jochbogens durch Oeffnen des Mundes rechts einzuklemmen. Patient glaubt, dass sein Leiden mit diesem Sport in ursächlichem Zusammenhange stehe; ich muss dies dahingestellt sein lassen.

(Schluss folgt.)

[1]) Diese Falte ist, wie ich mich durch Untersuchung an einer Anzahl von Personen überzeugte, unter normalen Verhältnissen immer vorhanden, jedoch bei verschiedenen Individuen in verschiedenem Maasse ausgeprägt.

Ueber Heisswasser-Klystiere.

Von Dr. *M. Hoefler*, Krankenheil-Tölz.

(Vortrag gehalten im ärztlichen Verein zu München am 18. April 1888.)

Zu den Aufgaben jedes rationellen Therapeuten gehört vor Allem die, sich über die physiologische Wirkung der von ihm

verordneten Curmittel nach Möglichkeit klare Einsicht zu verschaffen.

Eine Reihe der eingehendsten Untersuchungen über die Wirkung gewisser Mineralbrunnen liegen bereits vor, ich erinnere nur an die Arbeiten von Dr. J. Mering: »Ueber den Einfluss des Friedrichshaller Bitterwassers auf den Stoffwechsel« (Berl. klin. Wochenschrift 1880, Nr. 11, pag. 153), von Dr. E. Pfeiffer: »Die Trinkcur in Wiesbaden«, 1881, von Dr. Lewascheff: »Ueber den Einfluss alkalischer Mittel (Essentuki, Karlsbad, Vichy) auf die Zusammensetzung der Galle« (Archiv f. exp. Patholog. u. Pharmakologie. VII, 1. 2. p. 53. 1883).

Ueber den Einfluss des Krankenheiler Salzes (Quellsalzlauge) auf den Stoffwechsel hat Verfasser ebenfalls Versuche angestellt, deren Resultate in der D. Med. Wochenschr. Nr. 11, 1881 mitgetheilt sind, und deren Richtigkeit ich trotz der Einwendungen des Herrn Geheimrath v. Flechsig (Schmidt's Jahrb. 1882, Nr. 3, S. 290) vollkommen aufrecht erhalte.[1]) Zu den Curmitteln, die seit einer Reihe von Jahren im Bade Tölz-Krankenheil von mir angewendet werden, gehören u. A. auch die Klystiere mit heissem Wasser mit und ohne Beigabe von Krankenheiler Quellsalzlauge.

Die klinischen Erfahrungen mit diesem Mittel bestätigen einerseits die bereits von Anderen gemachten Beobachtungen, andererseits erweitern sie den Kreis der Indicationen für seine Anwendung.

Kurz sollen hier vorzugsweise die Beobachtungen Anderer über die Wirkung von Heisswasser-Klystieren angeführt werden.

Dr. Edgar Kurz (Memorabilien XXVII, 9. p. 513. 1882) fand dieselben wirksam bei Beckenexsudaten und Adhäsionen des Uterus.

Dugas (New-York Med. Record. XXV. 1. Januar 1884) führt 4 Fälle von Metrorrhagie und Dysmenorrhoe auf, in denen er Heisswasser-Klystiere verordnete und nimmt in Folge der günstigen Beeinflussung der erwähnten Leiden durch dieselben an, dass das Wasser (43—44° C.) mit dem Uterus durch die Rectalinjection in Contact gebracht, dessen Contraction suspendire und dadurch blutungshemmend wirke, indem es das Blut von der umgebenden Parthie ableitet, die Circulation regelt und etwa bestehende Congestivzustände beseitigt.

Dugas und Kurz erzielten günstige Erfolge bei chronischen Gebärmutter-Infarcten und chronischer Endometritis.

Die eigenen Beobachtungen, die allerdings durch gleichzeitige Anwendung der Krankenheiler Trink- und Badecur nicht so ausschliesslich zum Vergleiche mit den oben angeführten dienen können, bestätigen diese Erfolge; nur ist hinzuzufügen, dass die Injectionen von heissem Wasser in das Rectum sich noch als günstig und sehr wirksam bei catarrhalischen (chronischen) Blasenaffectionen, die mit heftigem und schmerzhaftem Tenesmus verbunden sind, desgleichen bei parametralen Schwellungen, chronisch entzündlichen Processen der Prostata, Anschwellungen und Infiltrationen derselben erwiesen haben sowohl in Bezug auf die Beschwerden als auf die pathologische Organveränderung.

Bei der Beurtheilung dieser klinisch erprobten Wirkungen wird wohl die Frage sich vor Allem aufdrängen: Welche Symptome lassen sich durch dieses Mittel (Heisswasser-Klystiere) constatiren?

Die auffallendste und erklärlichste Erscheinung nach der Einverleibung eines Heisswasser-Klystieres ist 1) die starke und äusserst rasche Diurese.

Genauere Messungen ergaben diessbezüglich folgende Zahlen:

[1]) Siehe Nr. 24 des heurigen Jahrganges der Deutsch. Medicin. Wochenschrift.

Bei gemischter, nicht constanter Kost wurden von 8 Uhr Morgens bis 12 Uhr Mittags entleert von der gleichen Persönlichkeit:

Ohne Heisswasser-Klystier	Mit Heisswasser-Klystier (9 Uhr Morgens) 620 cc u. 43—45° C.
240 cc Urin (Mittel aus 14 Beobachtungen)	798 cc Urin (Mittel aus 3 Beobachtungen)

Bei constant gleicher Kost wurden von 12 Uhr Mittags bis 7 Uhr Abends entleert von der gleichen Persönlichkeit:

Ohne Heisswasser-Klystier	Mit Heisswasser-Klystier (12 Uhr Morgens 950 cc 45° C.
378 cc (Mittel aus 4 Beobachtungen)	1025 (1 Beobachtung)

Um auch die der Injection folgende Diurese des übrigen Tages zu controliren, wurden die Entleerungen dreimal täglich gemessen und sind die dadurch gewonnenen Zahlen folgende:

Bei constant gleicher Kost wurden entleert von der gleichen Persönlichkeit:

8 U. Morg. — 12 U. Mitt.	12 U. Mttg. — 7 U. Abd.	7 U. Abd. — 8 U. Morg.
Ohne Heisswasser-Klystier		
213	385	796
Summa: 1394		
Mit einfachem Heisswasser-Klystier 950 cc 45° C.		
280	1025	995
Summa: 2300		
Bei Krankenheiler Quellsalz-Klystier 9 Uhr Morgens		
230	470	980
Summa: 1680		
Bei Krankenheiler Quellsalz-Klystier 10 Uhr Morgens		
195	475	955
Summa: 1625		
Bei Krankenheiler Quellsalz-Klystier 12 Uhr Mittags		
145	450	1032
Summa: 1627		

Die Einverleibung eines Heisswasser-Klystiers von ca. 45° C. und ca. 750 ccm Wasser steigert demnach die Urinausscheidung in den nächsten 3 Stunden um das nahezu dreifache; auch in den nachfolgenden Zeiträumen ist noch eine vermehrte Diurese zu beobachten; der Zusatz von Krankenheiler Quellsalz vermindert diese Diurese; je weniger Salze die Klystierflüssigkeit enthält, desto leichter und rascher erfolgt die Resorption derselben; die Gegenwart von Alkalien[1]), die einer dem Magen einverleibten Flüssigkeit eine grössere Resorbirbarkeit (Diffusion) verleiht, macht sich in dieser Eigenschaft bei Application als Klystier nicht geltend.

Die Hauptmasse des durch diese Injectionen zur Resorption gekommenen Wassers gelangt wahrscheinlich in die Lymphgefässe und Venen des reich vascularisirten und mit Absorptionsgefässen reich ausgestatteten Colons.

Diese rasche Abgabe des Wassers durch den Urin ist ein therapeutisches Mittel, den Organismus einer kräftigen Durchspülung zu unterwerfen, den Harn zu diluiren und schnell nach

[2]) Analyse der Krankenheiler Quellsalzlauge (1883) nach Fresenius:
In 1000 Gewichtstheilen Krankenheiler Quellsalzlauge sind
18,30 kohlensaures Natron
21,87 Kochsalz
0,13 Bromnatrium
0,08 Jodnatrium
0,29 borsaures Natron
0,31 schwefelsaures Natron
. . .
42,58 feste Bestandtheile.

Aussen zu schaffen, den Abfluss der Galle zu erleichtern (Röhrig), gewisse in den Körper gelangte Gifte (Syphilis z. B.) zu entfernen, verstopfte Harnkanälchen zu befreien, die Perspiratio cutanea zu steigern und die nervöse wie Lymphgefässresorption zu erhöhen.

Sofort stellt sich hier die weitere Frage ein, ob der gesteigerte Flüssigkeitsstrom, der nach solchen Heisswasserinjectionen die Gewebe durchtränkt, die Bedingungen des Eiweisszerfalles ändert? Da dies die Cardinalfrage ist, so wurde zur Beantwortung derselben ein eingehender längerer Versuch, der die Stoffwechselverhältnisse nach den Heisswasserklystieren zum Gegenstande der Untersuchung nahm, ausgeführt. Zu diesem Zwecke unterzog ich mich während 12 Tagen einer absolut gleichen Kostordnung.

Zeit	Nahrung	Berechneter Eiweissgehalt
8 Uhr Morgens	250 ccm abgeblasene warme Milch .	10,32
	1 Semmel	4,80
3/4 12 Uhr Mittag	200 g fett- und faserfreies Ochsenfilet	43,80
	mit 10 g Rindsmark und . . .	0,04
	5 g Kochsalz	—
	75 g abgeschälten rohen Kartoffeln	1,50
	50 g Reis in der Casserole gedämpft	3,75
	1 Semmel	4,80
3/4 7 Uhr Abends	Dasselbe wie Mittags	53,89
1/2 8 Uhr Abends	1 Liter Bier	4,00
	pro Tag	126,90
	100 Eiweiss = 15,18 Stickstoff	
	126,9 » = 19,26 »	

In derselben Weise wie in einer Reihe von früheren Versuchen wurde nun in der täglichen Urinmenge der Gehalt an Kochsalz, Harnstoff und Phosphorsäure bestimmt. Die durch diese Titrir-Methoden gefundenen Zahlen sind:

Tag	Urinmenge	Specif. Gewicht	+ Ur	Kochsalz	Phosphorsäure	Bemerkung
vor dem Versuche	1420	1025	34,08	18,74	2,47	—
Uebergangstag	1443	1024	37 51	16,16	3,05	—
1.	1358	1025	41,61	14,93	2,94	Die Kothentleerung war
2.	1080	1026	42,12	11,88	3,01	gering, aber geregelt; die
3.	1430	1027	44,90	20,59	3,09	Ausnützung der Speisen
4.	1278	1025	43,80	14,10	—	im Darmcanale jedenfalls
5.	1447	1024	44,74	15,72	3,10	eine normale. Kothanalyse
1—5 im Durchschnitt	1318	1025	43,43	15,42	3,03	wurde keine gemacht.

Das Stickstoffgleichgewicht darf nach diesen 6 Tagen der gleichen Kost ziemlich sicher angenommen werden. Die Berechnung des Stickstoffgehaltes der Nahrung ist wohl nie so absolut sicher, wie die directe Bestimmung desselben; da es sich aber immer nur um Vergleiche handelt, so ist es ja gleichgültig, ob der Stickstoffgehalt der sonst constant bleibenden Nahrung um 1 g zu hoch oder zu nieder berechnet ist.

Die Constanz der Nahrung, die Gleichheit der Zahlen des Urins vom 3.—5. Tage und an den noch nachfolgenden Tagen (7, 9, 11) berechtigen zu dem sehr wahrscheinlichen Schluss, dass auch Constanz zwischen Einnahmen und Ausgaben des Stickstoffes bestand.

Es wurde deshalb am 6. Tage zum eigentlichen Versuche übergegangen und zwar zur Injection von 45° C. warmer verdünnter Krankenheiler Quellsalzlösung 610 cc (2,74 kohlensaures Natron, 3,32 Kochsalz, 6,47 feste Bestandtheile).

Am 7. Tage wurde keine Injection vorgenommen.

Am 8. Tage dagegen wurde eine grössere Menge 750 cc (3,37 kohlensaures Natron, 4,08 Kochsalz, 7,96 feste Bestandtheile), 45° C. eingelassen.

Am 9. Tage wurde wieder sistirt.

Am 10. Tage wurden 940 cc (4,23 kohlensaures Natron, 5,12 Kochsalz, 9,77 feste Bestandtheile), 45° C. als Einlauf gegeben.

Am 11. Tage wurden 950 cc gewöhnlich warmes Wasser (45° C.) ohne mineralische Bestandtheile zur Injection verwendet; selbstverständlich blieb die Kost dabei stets die absolut gleiche wie vom 1.—5. Tage.

Die hiebei gefundenen Zahlen sind:

Tag	Einlaufmenge 45° C.	Urinmenge	Specif. Gewicht	+ Ur	Cl Na	PO5
6	610 Quellsalzlösung	1627	1023,5	40,95	14,32	3,21
7	—	1375	1021	40,82	14,65	—
8	750 Quellsalzlösung	1680	1022	38,97	14,11	3,01
9	—	1480	1023	42,17	15,09	3,02
10	940 Quellsalzlösung	1625	1022	36,07	14,30	2,91
11	950 gewöhnl. Wasser	2300	1014	41,61	14,90	2,91

An den drei Tagen mit Einlauf von Krankenheiler Quellsalzlösung wurden demnach im Durchschnitte entleert:

Tag	Urinmenge	Specif. Gewicht	+ Ur	Cl Na	PO5	Bemerkung
6. 8. 10 Quellsalz-Einlauftage	1644	1022	38,66	14,24	3,04	Gleichzeitig mit jedem Quellsalzlösungs-Einlauftage wurde die Kothentleerung auffallend hellgelb, breiig und peristaltisches Wühlen stellte sich an diesen Tagen ein, während an den übrigen Tagen (incl. dem 11.) die Kothentleerung dem 1.—5. Tage vollkommen gleich blieb.
1.—5.	1318	1025	43,43	15.42	3.03	
Differenz	+ 326	−3	−4,77	−1,18	−0,01	
7. 9.	1427	1023,5	41,49	14,87	3,02	
11.	2300	1014	4161	14,90	2,91	

Es wird also unter dem Einflusse eines Einlaufes von Krankenheiler Quellsalzlösung in das Rectum und Colon der Umsatz der Albumine vermindert; jedoch beruht letztere Erscheinung nicht auf einer Vermehrung des Ansatzes sondern auf der Beeinträchtigung der Verdauung der Eiweissstoffe durch eine zu rege Peristaltik[3]), welche die mineralischen Bestandtheile des Einlaufes veranlassen und zwar ist der Ausfall des verdauten Eiweisses proportional der Menge der Salzbestandtheile des Einlaufes: bei 6,47 festen Bestandtheile −2,48 Harnstoff
7,96 » −4,46 »
9,77 » −7,36 »

(Ein Einfluss des Quellsalz-Einlaufes auf Vermehrung der Gallensecretion ist sehr wahrscheinlich.)

2) Der gewöhnliche Heisswasser-Einlauf ohne Salzzusatz (von 950 cm 45° C.) dagegen erhöht nicht und vermindert nicht den Umsatz der Albuminate (41,49 : 41,61 Harnstoff), eine Beobachtung, die bei Einverleibung von Heisswasser per os schon constatirt wurde und damit eine Bestätigung erfährt; der starke Ausspülungsprocess, den diese Einläufe veranlassen, geht demnach nicht mit einer Erhöhung des Stoffwechsels der Albuminate einher; die günstigen klinischen Resultate können also jedenfalls nicht mit dem Effecte der Durchspülung allein erklärt werden; wir sehen ja auch bei Jodkalium- oder Quecksilber-Gebrauch Exsudate, Drüsenanschwellungen etc. sich zertheilen und verschwinden, ohne dass man bisher im Stande gewesen wäre, einen vermehrten Umsatz der Albuminate durch diese Medicamente nachzuweisen (v. Boeck).[4])

[3]) Diese Symptome stehen vollkommen im Einklange mit den Untersuchungen von Lewascheff, Nothnagel.

[4]) Der verminderte Eiweisszerfall, der angeblich nach Jodkalium und Bromkalium beobachtet wurde, beruht sicher auf der die Verdauung des Nahrungs-Eiweisses hemmenden Wirkung dieser Arzneimittel, wenn sie in zu grossen Dosen gereicht werden.

3) Die Erklärung der günstigen Erfolge bei Heisswasser-Klystieren liegt vielmehr in deren Einfluss auf das Gefässnervensystem: der Puls wird zahlreicher; schon nach 10 Minuten ist diese Frequenz zu constatiren, die ca. $1^1/_2$ Stunden anhielt (bei 1 Liter Einlauf) und allmählig der Norm sich wieder nähert und bei einzelnen Individuen nach diesem Zeitpuncte sogar abnorm langsam wird.

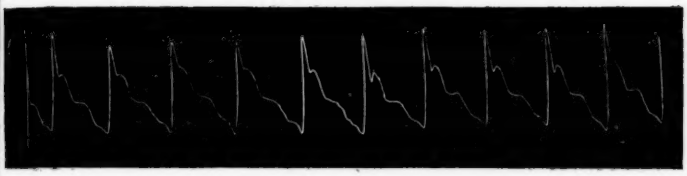
Diese Pulsfrequenz beweist beschleunigtere Blutbewegung, stärkere Blutzufuhr zu allen Organen, grössere Energie der Functionen der letzteren, lebhaftere Resorption der Lymph- und Blutgefässe aus den Geweben.

Wie nachfolgende Pulscurven[5]) zeigen, kommt es unter dem Einflusse der Heisswasser-Klystiere zu einer häufigeren Pulswelle, steileren Ascensionslinie, spitzigeren Gipfelbildung, stärkeren Rückstoss-Elevation.

Puls 76 I.

Vor der Infusion.

Puls 90 II.



$^1/_2$ Stunde nach der Infusion.

Da die Rückstoss-Elevation um so stärker ausfällt, je geringer die Spannung der Arterienwände ist, so folgt, dass unter dem Einflusse der Heisswasser-Klystiere eine Verminderung der Gefäss-Spannung und Abnahme des Tonus des vasomotorischen Centrums eintritt. Gleiches fand auch Winternitz (Hydrotherapie II. Seite 420) beim Trinken von lauem Wasser; derselbe erklärte diese Wirkung jedoch aus dem Eckelgefühle, das das warme Wasser hervorgerufen hatte; diese Erklärung ist nach obigem Befunde nicht zutreffend; die Wirkung ist vielmehr directe Folge der einverleibten Heisswasser-Quantität, welche sehr rasch zur Resorption gelangt.

Nimmt der Tonus des vasomotorischen Centrums ab, so tritt relaxative Congestion, Erweiterung der Blutgefässe und Absinken des Blutdruckes ein.

Zur Beseitigung von Entzündungsresten ist diese relaxative Congestion, wie für jede Art von erhöhtem Stoffverbrauche in den Geweben unentbehrlich. Dass dieser Einfluss namentlich örtlich d. h. am Applicationsorte und in seiner Umgebung am auffälligsten sein wird, ist selbstverständlich. (Stärkere Phlebectasieen am Anus, varikoese Mastdarm-Erosionen oder Geschwüre sind darum eine der häufigeren Contraindicationen gegen die Anwendung der Heisswasser-Klystiere.)

Diese örtliche Congestion wirkt auf die mannigfaltigen pathologischen Vorgänge in der Umgebung verändernd ein; auf die Secretion (bei chronischer Endometritis, Prostata- und Blasenkatarrh), auf den Collateralkreislauf (bei Metrorrhagien und Dysmenorrhoe), auf chronisch-entzündliche Processe (Infarcte des Uterus, chronische Beckenexsudate, Prostata-Anschwellungen); aber auch Allgemeineinwirkungen sind Folgen dieses Mittels durch die geregeltere Blutvertheilung und bessere, normalere Ernährung der übrigen Organe.

Zieht man in Erwägung, a) dass der Mastdarm und das Colon höhere Temperaturen ertragen als die äussere Haut und der Magen,

b) dass jede Brechneigung wegfällt,

c) dass horizontale Ruhelage die Resorption des Heisswassers durch Verhinderung der lebhafteren Peristaltik beschleunigt, dass also Bettlägerige oder am weiten Gehen behinderte (und das sind ja oft solche Kranke, die an oben erwähnten Krankheiten leiden), dass also solche Kranke ohne den Bewegungszwang grössere Massen warmen Wassers sich einverleiben können, ferner

d) dass die hohe Temperatur des Wassereinlaufes als solche sicher eine erweichende und auflösende Wirkung in der Umgebung des Applicationsortes haben muss, neben der so häufig zu beobachtenden krampfstillenden Wirkung derselben,

e) dass durch die vermehrte Wasserzufuhr auch die übrigen unter 1 und 2 oben aufgeführten, bei Behandlung der verschiedenen pathologischen Organstörungen heilsamen und vielfach in Anwendung gebrachten Nebenwirkungen sich geltend machen (Verflüssigung der Lymphe, der Galle, des Urins etc.),

f) dass die Defaekation eine erleichterte, weil vorbereitetere wird (ein Umstand, der gerade bei solchen Kranken, bei denen diese Heisswasserklystieren indicirt sind, von praktischem Werth ist) namentlich durch Zusatz von kleinen Dosen von Quellsalzlauge, (4—6 Esslöffel auf 1 Liter),

g) dass damit die Abführmittel erspart und der Magen geschont wird.

bei diesen Erwägungen stehe ich nicht an, diese Heisswasser-Einläufe in das Rectum (eventuell mit Zusatz von Krankenheiler Quellsalzlauge) als ein sowohl empirisch wie wissenschaftlich erprobtes und berechtigtes Mittel namentlich zu balneotherapeutischer Verwerthung zu empfehlen bei obenerwähnten Krankheiten.

Cautelen bei Anwendung derselben sind:

a) die Temperatur soll nicht über 45° C. und nicht unter 40° C. sein,

b) der Einlauf soll luftdicht geschehen und

c) am besten unmittelbar nach der Kothentleerung eventuell nach einem Reinigungs-Klystiere;

d) nach dem Heisswasser-Clysma soll bei stärkerem Drängen Horizontal-Lage ca. 10 Minuten eingehalten werden,

e) das Ansatzrohr soll möglichst lange sein und mindestens 10 cm weit eingeführt werden,

f) der Einlauf soll allmählig erfolgen unter langsamem Heben des Irrigateurs,

g) die Menge soll 1 Liter nicht übersteigen.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Aus der Frauenheilanstalt von Dr. C. Sandner und Dr. R. Neuner.[1])

III. Fall: Multiloculäres Kystadenom, Stieldrehung. (Sandner.)

Fräulein C. E. aus S., 40 Jahre, war mit Ausnahme eines typhösen Fiebers in ihrem 23. Jahre, gesund, die ersten Menses bekam sie mit 15 Jahren, sie waren stets regelmässig, anfangs mit Krämpfen verbunden, später nicht mehr; die letzten Menses vor 3 Monaten.

Sie erkrankte am 28. II. 87 plötzlich mit heftigen Schmerzen in der rechten Seite, Tags darauf traten die Menses ein, welche 3 Tage währten. Patientin begab sich in die benachbarte Stadt, wo die Schmerzen, die sich ganz verloren hatten, auf's

[5]) Zwei weitere Pulscurven, welche namentlich die steilere Ascensionslinie zeigen, mussten leider weggelassen werden.

[1]) Nach einem Vortrag in der gynäkolog. Gesellschaft zu München am 4. V. 88 von Dr. C. Sandner

wiederkehrten. Aerztlicherseits wurde eine Geschwulst constatirt. Sie kehrte nach Hause zurück und war gezwungen, wegen Bauchfellentzündung das Bett bis Mitte April zu hüten.

Am 23. Juni kam sie hieher. Patientin ist klein und sehr schmächtig. In der Fossa supraspinata dextra etwas kürzerer Percussionsschall und verschärftes Athmen. Das Abdomen ist durch einen festen Tumor, dessen obere Grenze bis in die Magengrube reicht, hochgradig ausgedehnt. Leibesumfang 88 cm, von Symphyse bis zum Nabel $20^1/_2$, bis zur Tumorhöhe $33^1/_2$ cm. In den seitlichen Theilen des Mesogastriums, die etwas vorgebaucht sind, tympanitischer, in der Mitte vollständig leerer Percussionsschall.

In Chloroformnarkose konnte der kleine in die Höhe gezerrte Uterus deutlich abgetastet werden und wurden zwei von ihm nach links und rechts abgehende dünne Stränge gefühlt. Der Tumor ragte tief ins Becken herab und zeigt keine Fluctuation. Die Diagnose wurde auf Ovarialtumor gestellt.

Operation am 25. Juni. Nach Eröffnung der Bauchhöhle liegt in geringer Ausdehnung die höckerige Tumoroberfläche frei vor, gleich daneben grosse flächenhafte Verwachsungen mit dem Peritoneum parietale, die schwer zu lösen. Da wegen der starken Spannung der Bauchdecken die flache Hand nicht weiter vordringen kann, Erweiterung des Schnittes bis handbreit über den Nabel. Der Tumor reicht bis unter den linken Rippenbogen. Beim Lösen von Adhäsionen daselbst reisst eine grosse Cyste ein und ihr gelber gallertiger Inhalt ergiesst sich in die Bauchhöhle, da es unmöglich ist, den Tumor durch die Wunde herauszubekommen, indem er sich trotz mehrfacher Incisionen nicht verkleinern liess, weil sein grösster unterer Theil, der bis über den Nabel reicht, aus lauter kleinen honigwabenähnlichen Cysten mit zähflüssigem Inhalte besteht. Nachdem mit grossen Schwämmen die ergossene Flüssigkeit theilweise entfernt und so wieder Licht geschaffen war, wurden die auf beiden Seiten noch vorhandenen Adhäsionen gelöst und es gelang endlich, die linke Kante des Tumors hervorzuwälzen, worauf der übrige Theil leicht folgte; er entsprach dem linken Ovarium und war der sehr breite Stiel einmal gedreht. Der Stiel wurde mit Doppelligatur unterbunden und der Tumor abgeschnitten. Mit seiner linken unteren Kante hatte er sich in das Ligamentum latum hinein ausgebreitet und war eine Vernähung desselben dadurch nöthig. Beim Reinigen der Bauchhöhle fand man im Mesenterium des Dünndarms eine gelblich durchscheinende flache 5 Pfennig grosse Induration (käsige Drüse). Das rechte Ovarium ist sehr klein, die rechte Tube an den Linea innominata adhärent. Die Blutung aus den gelösten Adhäsionen war eine mässige, Schluss der Bauchhöhle, Compressivverband.

Der Tumor ist, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, ein Kystadenom. Sein oberes Drittel besteht aus einer sehr grossen Cyste, die unteren zwei Drittel aus einem über zwei mannskopfgrossen, mehr flachen Tumor, der, wie schon erwähnt, aus lauter kleinen Cysten zusammengesetzt ist.

Der Verlauf war die ersten zehn Tage ein völlig ungestörter, die Bauchwunde war per primam geheilt. Am 11. Tage stellten sich Morgens Ueblichkeiten und allgemeine Schwäche ein, der Puls wurde sehr schwach, Mittags Erbrechen eines Spulwurmes. Der Puls wurde immer schwächer, fadenförmig, trotz Darreichung von Champagner, Aether subcutan, Thee mit Cognac. Gegen Abend war die Schwäche eine derartige, dass man den baldigen Exitus befürchten musste. Es stellte sich dann etwas Schlaf ein, aus dem Patientin besser erwachte. Sie behielt die Analeptica bei sich und war am nächsten Morgen ziemlich wohl. Sechs Tage darnach sank sie beim ersten Versuche aufzustehen ohnmächtig zusammen. Das Bewusstsein kehrte indess bald wieder und war die weitere Reconvalescenz eine sehr rasche und ungestörte, am 20. Juli, 26 Tage nach der Operation, konnte Patientin nach Hause reisen.

Vier Monate später stellte sie sich wieder vor, sie sieht ausgezeichnet aus, hat an Körpergewicht über 40 Pfund zugenommen, es bestehen keinerlei Beschwerden, die Menses sind wieder regelmässig.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Ueber Phenacetin.

Zusammenfassendes Referat von Dr. F. Goldschmidt-Nürnberg.

1) O. Hinsberg und A. Kast: Ueber die Wirkung des Acetphenetidins. (Centralblatt f. d. medicin. Wissenschaften 1887, Nr. 9.)

2) G. Kobler: Das Acetphenetidin als Antipyreticum. (Wiener med. Wochenschrift 1887, Nr. 26 u. 27.)

3) Hoppe: Ueber die Wirkung des Phenacetin. (Inaugural-Dissertation. Berlin und Therapeut. Monatshefte 1888, April.)

4) Heusner: Ueber Phenacetin. (Therapeut. Monatshefte 1888, März.)

5) B. Rohden: Phenacetin. (Deutsche med. Wochenschrift 1888, Nr. 15.)

6) R. Lépine: Sur le traitement de la fièvre typhoide; la phénacétine. Semaine médicale 1887, December. (Referat d. Therap. Monatshefte 1888, April.)

7) v. Jaksch: Ueber die neueren Antipyretica und ihre Wirkung am Krankenbette. (Wiener med. Presse 1888, Nr. 1. u. 2.)

Nachdem in einem so einfachen chemischen Körper, wie dem Antifebrin oder Acetanilid durch Cahn und Hepp ein neues energisch wirkendes Antipyreticum gefunden war, lag der Gedanke nahe, auch andere ähnlich construirte Körper auf ihre physiologischen Eigenschaften zu prüfen und es gebührt den Herren Kast und Hinsberg das Verdienst zuerst im Phenacetin[1]), einem analog dem Antifebrin zusammengesetzten Körper, ein die Temperatur bedeutend herabsetzendes Mittel entdeckt zu haben. Seit der ersten Veröffentlichung durch die genannten Herren sind nun schon eine Reihe von Arbeiten erschienen, die eine Nachprüfung und Erweiterung jener ersten Angaben erstrebten und es ist heute schon möglich, ein einigermaassen abschliessendes und befriedigendes Urtheil auf Grund dieser Veröffentlichungen zu gewinnen.

Das Phenacetin, die Aethylverbindung des Phenetidins, d. h. des Aethylaethers des Paramidophenols krystallisirt in farb- und geruchlosen Stäbchen, löst sich in kaltem Wasser fast gar nicht, besser in Glycerin, Alcohol, Eisessig und heissem Wasser, um jedoch aus letzterem beim Erkalten sogleich wieder auszukrystallisiren. Es ist vollständig geschmacklos und desshalb innerlich leicht und angenehm zu nehmen.

Wird dasselbe Hunden in Dosen von 0,15—0,2 pro Kilo des Körpergewichts gegeben, so zeigt sich nach Hinsberg und Kast keinerlei Veränderung in dem Verhalten der Thiere, selbst wenn solchen von 5—6 Kilo Gewicht mehrere Tage hinter einander 1—2 g eingegeben wurden. Erst bei erheblicher Steigerung der Dosis zeigten sich Vergiftungserscheinungen, bestehend in beschleunigter Respiration, Schlafsucht, Erbrechen, schwankendem Gang, und bei noch grösseren Dosen kam es zu Cyanose der Mundschleimhaut, cyanotischer Verfärbung des Blutes und zuweilen trat dabei Methämoglobin in demselben auf; die Thiere erholten sich jedoch innerhalb einiger Stunden wieder vollständig.

Auch die Versuche beim gesunden Menschen, wie sie von Hoppe und Kobler angestellt wurden, bewiesen, dass Dosen von 0,25—0,7 absolut unschädlich seien; nur bei grossen Dosen können, besonders bei leicht erregbaren Personen, leichte unangenehme Empfindungen auftreten, Müdigkeit, Gähnen, Schlafsucht, zuweilen leichter Schweiss und Frösteln, selten Schwindel und Uebligkeit; ein chlorotisches Mädchen bekam auf 1,25 g Phenacetin nach $^1/_4$ Stunde Schauder, deutliches Kältegefühl, Aufstossen, Gähnen und leichte Benommenheit, Erscheinungen, die nach einer Stunde wieder vorüber waren.

Bezüglich des Einflusses des Phenacetin auf die fieberhaft gesteigerte Temperatur, stimmen die Ansichten sämmtlicher Autoren darin überein, dass demselben eine vorzügliche antipyretische Wirksamkeit zukomme. Hinsberg und Kast versuchten es zuerst bei Phthisikern und sahen bei Dosen von

[1]) Hergestellt von den Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer u. Cie. Elberfeld.

0,2—0,5 g die Temperatur durchschnittlich um 2° herabgehen; wurde dasselbe zur Zeit der aufsteigenden Temperaturcurve gegeben, so war es im Stande, die abendliche Steigerung zu unterdrücken resp. hinauszuschieben. Im Allgemeinen scheinen bei acut fieberhaften Erkrankungen grössere einmalige Dosen sich mehr zu empfehlen als kleinere wiederholte und der Erfolg soll ein besserer sein, wenn das Mittel in den späten Nachmittags- oder Abendstunden, als wenn es Morgens gegeben wird, weil man in diesem Falle zuweilen genöthigt ist, am Abend noch eine zweite Dosis zu geben.

Die verabreichte Einzeldosis schwankte bei den Einzelnen zwischen 0,4—1,0 für Erwachsene und 0,2—0,25 für Kinder. Heusner gab solche Dosen auch mehrmals des Tags längere Zeit hindurch ohne Schaden. Lépine gab beim Typhus Dosen von 3—4 g pro die und sah hievon keine unangenehme Nebenerscheinung. Aus den den verschiedenen Arbeiten beigegebenen Krankengeschichten und Temperaturcurven lässt sich bezüglich der Art und Dauer der Wirkung im Allgemeinen ersehen, dass der Temperaturabfall nach etwa ½ Stunde schon beginnt, dass er nach 2—4 Stunden sein Maximum erreicht und dass die Temperatur nach 2—7 Stunden wieder langsam ansteigt. Der Abfall ist etwas steiler als der Anstieg, doch wurden selten Schweisse beobachtet und diese überhaupt nur bei solchen, die sehr dazu disponiren (Kobler). Die Temperaturherabsetzung ist hier im Gegensatz zu der durch andere Antipyretica bewirkten überaus selten von unangenehmen Nebenerscheinungen begleitet. Heusner beobachtete bei manchen Frösteln, Trockenheit und Kratzen im Halse, Ueblichkeit und Schwindel, Hoppe sah einmal bei einem Typhuskranken auf 0,5 g ein Exanthem auftreten, ähnlich dem Antipyrinexanthem; nur v. Jaksch sah bei Kindern nach Darreichung von 0,1—0,2 g profuse Schweisse mit intensiver Cyanose, ja selbst Collapssymptome auftreten. Im Allgemeinen bewirkte das Phenacetin bei den meisten Patienten das Gefühl von Euphorie, eine behagliche Ruhe und leichte Schläfrigkeit. Mit der Temperatur sinkt auch die Pulsfrequenz, und nimmt die Völle und Spannung des Pulses zu. Die Urinmenge scheint keine Steigerung zu erfahren, der Urin ist nach Gebrauch von Phenacetin stark gelb gefärbt, giebt mit Ferrumsesquichlorid eine schöne tief burgunderrothe Färbung, giebt deutlich die Indophenolreaction (nach Kochen mit concentrirter Salzsäure), und reducirt zuweilen Kupferoxyd in alkalischer Lösung nach stärkerem Kochen.

Auch über die schmerzstillende und antineuralgische Eigenschaft des Phenacetin liegen schon eine Reihe von Beobachtungen vor, deren Resultate darin übereinstimmen, dass dem Phenacetin auch in dieser Hinsicht eine vortreffliche, nach Rohden sogar specifische Wirkung zukomme. Die Dosis scheint hier im Allgemeinen grösser sein zu müssen als bei der Anwendung des Mittels als Antipyreticum und die Wirkung langsamer, meist erst nach 1—2 Stunden einzutreten. Der Mangel jedweder unangenehmen Nebenerscheinung scheint auch hier dem Phenacetin vor anderen Nervinis, vor allen Dingen vor dem Antifebrin den Vorzug zu sichern. Betrachten wir die einzelnen Erkrankungen, in denen es bislang gegeben wurde, so ist es zunächst der acute Gelenkrheumatismus, der nach den warmen Empfehlungen von Rohden in vorzüglicher Weise durch Phenacetin beeinflusst wird, besser und schneller als durch Salicyl und Antifebrin. »Dosen von 3,0 pro die hielten das oft so tückische Fieber des Gelenkrheumatismus in guten Schranken und wirkten lindernd auf die Entzündung in den Gelenken, so dass die Schwellung abnahm und die Schmerzen erträglicher wurden«. Von ihm sowie auch von Hoppe und Heusner wird das Phenacetin als vortreffliches Nervinum gerühmt; ersterer sah in Dosen von 1,0—2,0 eventuell mehrmals des Tags, bei etwa 25 Fällen von Migräne, Kopfschmerz und Neuralgien gute Erfolge, doch versagte es in einem Falle von Ischias, der durch Nierensteine bedingt war und in einem Falle von Migräne bei einer hysterischen Frau; auch Heusner rühmt die beruhigende und schmerzstillende Wirkung bei Neuralgien und Erregungszuständen des Nervensystems, welche durch reflectorische Reizungen bedingt werden oder in allgemeiner Nervosität wurzeln und sah in solchen Fällen bessere und energischere Erfolge vom Phenacetin als vom Antifebrin und Antipyrin. Lépine wandte das Mittel gleichfalls bei Tabes an und wurde es von manchen Patienten dem Antipyrin vorgezogen; doch machte es in Folge der grossen Dosis von 6,0 pro die (!), welche zur Erzielung eines Erfolges nöthig war, Kopfschmerz und ein wenig Cyanose.

Es erübrigt noch kurz der Versuche zu gedenken, die bezüglich der etwaigen antizymotischen Wirksamkeit des Phenacetin angestellt wurden. Kobler ging in der Weise vor, dass er in Gelatine-Gläschen auf 10 ccm etwa 0.1 g Phenacetin eintrug, die Gelatine zum Sieden erhitzte und rasch wieder erkalten liess, wodurch die Ausscheidung des gelösten Phenacetin in Form feinster Krystalle erzielt wurde, welche die Gelatine gleichmässig durchsetzten. In diese Gelatine wurden nun eine Reihe Mikroorganismen verimpft, doch kein nennenswerthes Resultat erzielt; das Phenacetin schien das Wachsthum der Culturen vielleicht etwas zu verzögern und nur der Mikrococcus prodigiosus wurde in bemerkenswerther Weise beeinflusst, indem er nicht unter Entwickelung des rothen Pigments, sondern ganz weiss wuchs; erst wenn er auf gewöhnliche Gelatine wieder verimpft wurde, trat die normale Pigmententwickelung auf.

Rohden hat das Phenacetin als gutes antiseptisches Streupulver kennen gelernt, das in hohem Maasse die Eiterung granulirender Wundflächen beschränkt; messerrückendick aufgestreut erzeuge es einen Schorf, unter welchem die Ueberhäutung der Wundflächen einen entschieden raschen Fortschritt mache.

Das sind die Erfahrungen, die bis heute über die antipyretische, antineuralgische und antizymotische Wirksamkeit des neuesten Fiebermittels, des Phenacetin (Bayer) gemacht worden sind und deren übereinstimmendes günstiges Resultat heute schon dem Mittel einen hervorragenden Platz unter den anderen hierher gehörenden Arzneikörpern sichert und wohl dazu auffordern kann, noch weitere Versuche am Krankenbette damit anzustellen.

W. Smidowitsch: Ueber gewaltthätige und zufällige Todesfälle im Gouvernement Tula während der Jahre 1879—84. Zeitschrift für gerichtliche Medicin und öffentliche Hygiene. 1887, I. Band (russisch).

Während die allgemeine Sterblichkeit eines Landes von den sanitären, hygienischen, klimatischen Verhältnissen desselben abhängig ist, sind die gewaltthätigen und zufälligen Todesfälle mehr auf die socialen Verhältnisse zurückzuführen. In dieser Hinsicht bietet auch die Arbeit von Smidowitsch viel Interessantes dar. Nach seinen statistischen Erhebungen war die Zahl der in Folge von Gewalt und Zufall Gestorbenen im Gouvernement Tula während des bezeichneten sechsjährigen Zeitraumes = 5568, darunter 4353 Männer und 1215 Frauen, oder jährlich im Durchschnitt 725,5 M. und 202,5 Fr. Die hauptsächlichste Ursache der plötzlichen Todesfälle ist der Missbrauch geistiger Getränke, woran im Ganzen 1092 M. und 102 Fr. oder jährlich 182 M. und 17 Fr. zu Grunde gegangen sind, was im Verhältniss zur Gesammtzahl der eines unnatürlichen Todes Verstorbenen, einen Procentsatz von 25 Procent für die Männer und 8,4 Procent für die Frauen ausmacht. An Trunksucht starben also drei Mal so viel Männer als Frauen. Nun ist es aber interessant zu erfahren, wie sich diese Todesfälle für die Städte und Dörfer vertheilen. In den Städten sind an Trunksucht gestorben 131 M. und 25 Fr., in den Dörfern 961 M. und 77 Fr. Allein während dieser Zeit betraf die Zahl der Verstorbenen überhaupt: in den Städten 2693 M. und 2323 Fr., auf dem Lande aber 26052 M. und 24423 Fr., so dass auf je 1000 Todesfälle in den Städten bei 8,1 M. und 1,7 Fr., auf je 1000 Todesfälle in den Dörfern bei 6,1 M. und 0,5 Fr. die Trunksucht als Ursache nachgewiesen ist. Die mittlere Sterblichkeit im Gouvernement Tula betraf: 28755 M. und 26746 Fr., und im Verhältniss zu dieser kommen auf je 100 Gestorbene 6,3 M. und 0,6 Fr. oder, genauer berechnet, auf je 1000 Gestorbene vom 15. Lebensjahre an (da Kinder nur äusserst selten trinken) 21,4 M. und 1,9 Fr. Das Lebensalter der vom Alkohol Getödteten berücksichtigend, hat S. folgende Tabelle aufgestellt:

Auf 1000 Todesfälle starben an Trunksucht:					
im Alter von	15—20	Jahren	2,7	Männer und	0, Frauen
»	20—30	»	8,3	»	0,3
»	30—40	»	22,3	»	1,8
»	40—50	»	30,8	»	2,7
»	50—60	»	24,6	»	1,4
»	60—70	»	13,0	»	0,7
»	70—70	»	3,6	»	0,2
»	mehr als 80	»	1,9	»	0,

Man ersieht aus dieser Tabelle, dass am wenigsten das Alter von 15—20 und über 70 Jahren vertreten ist; im Gouvernement Tula sind während der erwähnten 6 Jahre 5 Jünglinge im Alter von 15—20 Jahren an Trunksucht zu Grunde gegangen. Traurig genug. Doch scheint dies in Russland keine Seltenheit mehr zu sein, denn, wie es sich erweist, pflegen in vielen Arbeiterfamilien die Eltern ihre Kinder selbst an den Branntwein zu gewöhnen.

Referent hat unlängst die Gelegenheit gehabt, auf der Abtheilung seines verehrten Collegen, Dr. Goldenhorn, im Odessaer städtischen Krankenhause, einen Fall von alkoholischer Lebercirrhose bei einem 9jährigen Knaben zu beobachten. Wie es sich aus dem offenherzigen Geständniss des sehr intelligenten Kindes herausstellte, pflegten zuerst seine Geschwister ihm Schnaps zu verabreichen, dann aber gewöhnte er sich an dieses Getränk so leidenschaftlich, dass er anfing, dasselbe heimlich zu stehlen und zu trinken.

Die Zahl der Kindestödtungen betraf 88; die der Selbstmorde 215: 171 M. und 54 Fr. Ein Selbstmord kommt auf 35,577 Einwohner. (In Frankreich kommt ein Selbstmord auf 5,982 Einwohner). In den Städten ist die Zahl der Selbstmorde drei mal so gross wie auf dem Lande, was durch den verschärften Kampf um's Dasein in den ersteren erklärt wird.

Von wüthenden Thieren gebissen starben 45 Menschen: 37 M. und 8 Fr., d. h. jährlich mehr als 7 Mann. Von 18 dem Autor bekannten Fällen sind 10 von einem wüthenden Wolfe und 8 von einem Hunde gebissen worden. Man kann schon aus diesen geringen Angaben ersehen, welch' grossen Werth die Pasteur'schen Wuthimpfungen speciell für Russland haben müssen. N. Leinenberg.

O. Kanzler: Die Skrophulose, ihre Pathologie und allgemeine Therapie. 8. 145 S. Verlag von Toeplitz und Deuticke. Wien, 1887.

Gegenüber den modernen Bestrebungen, das Krankheitsbild der Skrophulose in demjenigen der Tuberculose des Kindesalters aufgehen zu lassen, tritt Verfasser mit Entschiedenheit für die Selbständigkeit derselben als eine von der Bacilleninvasion unabhängige Constitutionsanomalie im Virchow'schen Sinne ein. Dabei hält er sich durch die neueren Untersuchungen für berechtigt an Stelle der »undefinirbaren und unfassbaren Lebensenergie der Zelle« die Function des trophischen Nervenapparates zu setzen, dessen verminderte oder herabgesetzte Thätigkeit die Erscheinungen der Skrophulose erzeugen soll. Diese Anomalie ist nach der Meinung des Verfassers stets angeboren. Lungenphthise, aber auch alle jene Zustände der Eltern, welche auf eine herabgesetzte Energie des Stoffwechsels schliessen lassen, disponiren zur Erzeugung skrophulöser Kinder. Folgerichtig betrachtet er auch den Habitus scrophulosus sowie die Anfangserscheinungen der Skrophulose als trophische Störungen. Nur unter ungünstigen äusseren Verhältnissen, schlechter Ernährung, ungesunder Luft, entstehen daraus die ausgesprochenen Symptome der Skrophulose und erst in den vorgeschrittenen Localerkrankungen, insbesondere den fungösen Knochen- und Gelenkerkrankungen, verkästen Lymphdrüsen und gewissen Hautaffectionen wird der Tuberkelbacillus in den meisten — nicht in allen Fällen gefunden. Die Bacillen siedeln sich demnach in all diesen Fällen in den schon vorher erkrankten Geweben an und können somit nicht als Ursache, sondern nur als secundäre Erscheinung betrachtet werden. »Skrophulose und Tuberculose verhalten sich wie der Boden auf dem eine Pflanze mit Vorliebe wächst, zu dieser Pflanze selbst.«

Abgesehen von diesen etwas problematischen Auslassungen finden wir in dem Büchlein eine gründliche, auf ein grosses Beobachtungsmaterial sich stützende Symptomatologie der Skrophulose, worin namentlich die Hals- und Nackendrüsenschwellungen im Beginne der Erkrankung als erstes und häufigstes Symptom hervorgehoben sind. Die grössere Hälfte des Raumes ist der Besprechung der Therapie gewidmet.

Das Hauptgewicht legt Verfasser auf äussere Reizmittel, Sool- und Seebäder, sowie Luftveränderung, deren Wirkung er als eine von den peripheren Nervenendigungen ausgehende reflectorische Erregung des mangelhaft functionirenden trophischen Nervenapparates betrachtet. Geringeren Werth schreibt er dem Gebrauche innerer Mittel, insbesondere der Jodpräparate zu. Die Localbehandlung der scrophulösen Leiden hat nur unter gleichzeitiger Anwendung der allgemeinen Therapie Aussicht auf endgiltigen Erfolg. Escherich-München.

Dr. Paul Topinard: Anthropologie. Nach der dritten französischen Auflage übersetzt von Dr. Richard Neuhaus. Leipzig 1886 u. 1887.

Wenn ein Gelehrter von dem Rang Topinard's die von ihm vertretene Wissenschaft in der Form eines Leitfadens zusammenfasst, so wird ein solches Unternehmen auch ausserhalb der Grenzen Frankreichs, speciell in Deutschland von den engeren Fachgenossen- sowohl, wie in naturwissenschaftlich gebildeten Laienkreisen mit lebhaftem Interesse aufgenommen werden, zumal auf anthropologischem Gebiet an derartigen Werken zur Zeit noch Mangel herrscht. Von diesem Gesichtspuncte aus ist die kürzlich erschienene deutsche Uebersetzung der 3. Auflage von Topinard's »Anthropologie« freudig zu begrüssen.

Das Buch zerfällt in drei Hauptabschnitte, von denen der erste den »Menschen in seiner Gesammtheit und in seinen Beziehungen zu den Thieren« behandelt. In diesem Theil wird der anatomische Bau des Menschen mit besonderer Berücksichtigung des Skeletts und des Gehirns behandelt und mit dem der übrigen Säugethiere, namentlich der Affen verglichen. Es werden dabei Nachbardisciplinen, insbesondere die vergleichende Anatomie, dann die Embryologie, die Physiologie und Pathologie gestreift. Der zweite umfassendere Theil des Werkes — er nimmt räumlich mehr als die Hälfte des Ganzen ein — handelt von den »menschlichen Rassen«. Verfasser erläutert zunächst die Begriffe von Art, Varietät und Rasse und unterzieht die bisherigen Classificationen der Rassen einer kritischen Beleuchtung, wobei er der Eintheilung von Quatrefages vor den übrigen den Vorzug giebt. Die Unterscheidungsmerkmale der Rassen, an erster Stelle die anatomischen und unter diesen wieder die craniologischen, werden in eingehendster Weise besprochen. In dem Capitel über die physiologischen Merkmale kommen Alter, Menstruation, Kreuzung, Erblichkeit, Verwandtschaftsehen, Acclimatisation, die Functionen des Geistes u. A. zur Sprache. Auch die ethnischen, linguistischen und archäologischen Kennzeichen werden zu Rathe gezogen, wenngleich ihnen selbstverständlich nur ein untergeordneter Platz eingeräumt werden konnte. Besonders instructiv ist die dann folgende Besprechung der einzelnen anthropologischen Typen. Zum Schluss wirft der Verfasser die Frage auf: »Besteht die Familie Mensch aus Gattungen, Arten oder Spielarten?« Die Antwort lautet dahin, dass zwischen menschlichen Typen sich anatomische und physiologische Unterschiede finden, »welche beträchtlicher sind, als die von den Naturforschern zwischen Varietäten anerkannten, und ebenso gross wie die zwischen Arten. In einigen Fällen scheint dieser Zwischenraum sogar noch weiter zu sein, so gross wie der zwischen Gattungen«.

In dem 3. Theil seines Buches behandelt Topinard das Problem vom Ursprung des Menschen und stellt sich dabei voll und ganz auf den Standpunct der Lamarck'schen Transformationslehre. Auch Darwin's Theorie vom Kampf um's Dasein und der natürlichen Zuchtwahl findet in ihm ihren Verfechter: »Unter unsern Augen erlöschen die tiefer stehenden Rassen in diesem Kampf: die Charrua, Caraiben, die alten Californier und Tasmonier verschwanden; die Australier, Negritos, Eskimos sind im Aussterben begriffen; die Polynesier und Indi-

aner Amerika's werden ihnen bald nachfolgen; nur durch Kreuzungen haben sie Aussicht, ihr Leben zu erhalten. Die höheren Rassen dagegen gedeihen gut und vervielfältigen sich. Der Zeitpunkt ist leicht vorauszusehen, wo die Rassen, welche heute die Kluft zwischen dem weissen Menschen und dem Anthropoiden ausfüllen (!), verschwunden sind«.

Es gestattet uns der Raum nur diese kurze Inhaltsangabe des Buches. Dasselbe bietet in gedrängter Form eine vortreffliche Uebersicht über das weite Gebiet der Anthropologie und löst damit in dankenswerther Weise eine überaus schwierige Aufgabe, schwierig namentlich deshalb, weil sie an die Vielseitigkeit des Autors die höchsten Anforderungen stellt. In dieser Hinsicht ist Topinard's Verdienst um so höher anschlagen, als zur Zeit, in der er die erste Auflage seiner Anthropologie schrieb, überhaupt noch keine zusammentassende Bearbeitung des Gegenstandes aus neuerer Zeit vorlag. Man wird dem gegenüber, will man gerecht sein, es dem Autor auch nicht zu sehr verübeln dürfen, dass er sich in ganz überwiegender Weise an die Arbeiten seiner eigenen Landsleute hält. Dass speciell Broca's Forschungen in dem Werke einen hervorragenden Platz einnehmen, wird gewiss Niemand bedauern, setzt damit doch Topinard den Verdiensten seines grossen Lehrers ein schönes Denkmal der Pietät.

Im Interesse des Buches selbst wäre es aber vielleicht gewesen, wenn die deutsche anthropologische Forschung darin etwas weniger stiefmütterlich behandelt wäre. Das wird selbstverständlich in Deutschland Niemand davon abhalten, aus demselben Belehrung zu schöpfen, zumal dasselbe sich durch Klarheit und Uebersichtlichkeit der Darstellung auszeichnet und in ansprechender Form geschrieben ist. Rückert.

Vereinswesen.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie

II. Congress, zu Halle a. S., vom 24.—26. Mai 1888.

(Fortsetzung.)

(Originalbericht von Prof. Dr. M. Stumpf.)

Zweite Sitzung. 24. Mai, 2 Uhr Nachmittags.

Prof. **Werth: Ueber Entstehung von Psychosen im Gefolge von Operationen am weiblichen Genitalsystem.**

Redner hat unter im Ganzen etwa 300 operativen Eingriffen am weiblichen Genitalapparate 6 mal das Auftreten von psychischen Erkrankungen nach der Operation beobachtet. Die Art des operativen Eingriffes bestand in diesen 6 Fällen je 2 mal in Totalexstirpation des Uterus, Laparotomie und Castration. In 5 Fällen bestand die psychische Störung in Melancholie, einmal war die Diagnose unsicher. Erbliche Belastung war bei 3 Kranken sicher gegeben und nur bei einem Kranken sicher auszuschliessen. Die Erkrankung trat in 2 Fällen innerhalb der ersten 8 Tage nach der Operation auf, in 2 Fällen nach einigen Wochen und in 2 Fällen erst, nachdem die Operirten die Anstalt verlassen hatten. Die Dauer der psychischen Störung belief sich 1 mal über 15 Tage, 1 mal über 4, 1 mal über 6 Monate; in diesen 3 Fällen trat vollständige Genesung ein. Zwei Fälle zeigen auch heute noch keine Besserung und eine Kranke endete $3^1/_2$ Monate nach der Operation durch Selbstmord. Zu bemerken ist, dass 3 von den Erkrankten jenseits der Menopause standen, so dass die theilweise Entfernung der inneren Genitalorgane kaum als Ursache des Eintrittes der Psychose angenommen werden kann. Jodoform war einmal gar nicht, bei 3 Fällen in ganz geringer Menge angewendet worden. In 2 Fällen trat die Psychose auf nach einer ersten Blasenausspülung bei entstandenem Blasenkatarrh, eine weitere Kranke hatte starke Emotionen durchgemacht, bevor sie sich zur Operation entschloss.

Discussion. Sänger (Leipzig) glaubt, dass die Psychosen beim Weibe eine grössere Rolle spielen, als man gewöhnlich glaubt, jedoch dürfte die Operation höchstens einen Reiz abgeben, der eine Psychose, zu welcher die Disposition bereits vorhanden ist, auslöst oder zu Widerausbruch einer schon geheilten Psychose Veranlassung giebt. Er selbst hat mehrere solche Fälle beobachtet und 3 mal hat er Gehirnkrankheiten auftreten sehen. Zweimal hat Redner Jodoform-Psychosen erlebt (einmal nach Castration und einmal nach Salpingotomie), obwohl immer sehr wenig Jodoform angewendet worden war. Trotz dieser Beobachtungen ist Redner der Ansicht, dass geisteskranke Frauen, wenn sie geschlechtskrank sind, nicht anders zu behandeln seien als geistesgesunde.

A. Martin theilt die Anschauung Sänger's, dass die Operation nur Gelegenheitsursache zum Ausbruche einer psychischen Störung sein könne. Er glaubt, dass wir eine geisteskranke Frau nur mit grosser Vorsicht zu einer gynäkologischen Operation bewegen sollen, aber geistesgesunde Frauen muss er für absolut nicht gefährdet halten.

Ahlfeld sah bei einer einfachen Specular-Untersuchung eine beträchtliche Veränderung im psychischen Wesen einer Kranken eintreten.

Frommel hat zweimal nach Laparotomie bei notorischen Säuferinnen Delirium tremens auftreten sehen; die eine riss im Delirium ihren Verband ab und ging an septischer Peritonitis zu Grunde.

Prof. **Schwarz** (Halle): **Zur Therapie der Extrauterin-Schwangerschaft.**

Die Fälle von Extrauterinschwangerschaft haben sich in der letzten Zeit gehäuft, nicht bloss desshalb, weil in Folge Ausbildung der Diagnostik die Extrauterinschwangerschaft leichter und früher erkannt wird, sondern auch, wie Redner glaubt, in Folge wirklicher Zunahme der Frequenz dieser Anomalie, weil auch die veranlassenden Momente, wie Entzündungen im Becken, Gonorrhoe etc. zugenommen haben. Dennoch kann die Diagnose sehr schwierig, ja unmöglich sein, denn es giebt sogar Fälle, in welchen ein extrauteriner Fruchtsack sich symptomlos entwickelt und wieder zurückbildet; auch die Ruptur kann symptomlos, z. B. durch Zerdrücken während der Untersuchung eintreten, was Redner direct beobachtet hat. Differentiell-diagnostisch kommen Tumoren der Tuben und Ovarien in Frage, auch Schwangerschaft in der einen Hälfte eines Uterus bicornis kann, wie ein vom Redner erwähnter Fall beweist, zur Verwechlung mit extrauteriner Schwangerschaft Veranlassung geben.

In Bezug auf Therapie ist der Werth'sche Standpunkt festzuhalten, nach welchem ein extrauteriner Fruchtsack als bösartige Neubildung anzusehen und dementsprechend radical zu zerstören ist; alle anderen Maassnahmen, die Punction des Fruchtsackes, die Injection von Medicamenten und die Ektrolyse verweist Redner in das Bereich des Dilettantismus. Auch bei eingetretener Ruptur ist die Laparotomie mit Aufsuchung der blutenden Stelle und Entfernung des Fruchtsackes die einzig rationelle Behandlung, und man kann sich nur wundern, dass diese Operation so selten gemacht wird. Die Kranken sterben nach eingetretener Ruptur nicht allein an Verblutung, sondern auch an dem Druck der ergossenen Blutmenge und, wie Redner glaubt, auch an einem chemischen Reiz durch das ergossene Blut, denn er selbst habe einen Fall beobachtet, wo nach Erguss von nur $^3/_4$ Liter Blut in die Bauchhöhle, der Tod eingetreten war. Diese Todesfälle sind vielleicht auch auf Shock zurückzuführen, wie die Todesfälle nach Ruptur von Ovarialcysten, besonders wenn ein differenter Inhalt vorhanden war. Bei Blutung in einem abgekapselten Raum, z. B. unter das Bauchfell, soll man zunächst exspectativ verfahren, aber wenn die Blutung nicht steht, so soll man auch hier operiren und wenn man die blutende Stelle nicht findet, die Arteria uterina oder spermatica unterbinden. Bei Blutung in die Bauchhöhle muss aber immer operirt werden. Der Fruchtsack ist meist klein; ist er verwachsen, so wird man ihn unterbinden und die Ränder einfalzen. Zur Operation braucht man einen Assistenten, eine Wärterin und aseptische Instrumente; ein vorher aseptisch gemachter Raum ist nicht nöthig, denn aus der Luft kommen, wie die Erfahrungen im Reichsgesundheitsamte zeigen, nur wenig Keime in die Wunde. In den späteren Monaten der Schwangerschaft möchte Redner bei extrauterinem Fruchtsack die zweizeitige Operation vorschlagen.

Discussion. Winckel hat in den letzten 4 Jahren

7 Fälle mit den von Schwarz als »dilettantisch« bezeichneten Morphium-Injectionen in den Fruchtsack behandelt und 5 Kranke hergestellt und zwei verloren. In einem der mit Tod ausgegangenen Fälle handelte es sich um eine Person, bei welcher zwei Jahre nach Heilung der ersten Extrauterinschwangerschaft durch Morphium-Injection auf der anderen Seite eine zweite auftrat; die Kranke starb, nachdem auch der zweite extrauterine Fötus durch Morphiuminjectionen zum Absterben gebracht war und der Fruchtsack schon zu schrumpfen angefangen hatte, an Magenblutung (das Präparat wird demonstrirt); der zweite Fall ging an Vereiterung des Fruchtsackes zu Grunde, vermuthlich weil Redner damals noch die Punction per vaginam gemacht hatte. Redner kommt hierauf auf die Deciduabildung zu sprechen und wirft die Frage auf, wann die Decidua ausgestossen wird und ob sich nach Ausstossung derselben eine zweite Decidua bilden kann. In dem Falle von doppelseitiger Extrauterinschwangerschaft wurde nach Ausstossung der Decidua bei der Section wieder eine Decidua im Uterus gefunden. In einem Falle reichte die Decidua über den inneren Muttermund herunter bis in die Cervix. Redner ist der Anschauung, dass, da die Extrauterinschwangerschaft in früher Zeit leichter zu diagnosticiren ist als die intrauterine, man die Gefahr der Ruptur nicht abzuwarten braucht, und frühzeitig eine ungefährliche Methode einschlagen kann. Eine Laparotomirte ist nicht intact, da sie einen Bauchbruch davontragen kann. Die Injectionsmethode mit Morphium dagegen ist ungefährlich und ohne Narkose auszuführen. Man injicirt 0,03 Morphium. Durch die Vagina soll man nicht punctiren wegen der Gefahr der Vereiterung des Fruchtsackes.

Veit ist gegen die Injectionen in den Fruchtsack, weil er nicht glaubt, dass man den Fruchtsack ganz gegen die Bauchdecken andrücken kann. Er hat 7 Kranke durch Laparotomie wieder vollständig hergestellt und keine verloren. Bei abgestorbener, extrauterin gelagerter Frucht würde er nicht laparotomiren. Ausserdem hat Redner 3 Moribunde (nach eingetretener Ruptur) laparotomirt, eine davon starb septisch, eine an Herzschwäche, die dritte genas. An die Schädlichkeit des ergossenen Blutes in der Bauchhöhle kann Redner nicht glauben. In vorgerückterer Zeit würde er alle Extrauterinschwangerschaften laparotomiren, die zweizeitige Operation aber muss er für einen Rückschritt halten.

Wiedow (Freiburg) erklärt sich gegen directen Eingriff nach der Ruptur, da er in einer Reihe von Fällen die Laparotomirten an Nachblutung zu Grunde gehen sah.

Battlehner (Karlsruhe) sah 2 Fälle von eingetretener Ruptur genesen, ohne dass die Laparotomie gemacht worden ist; Redner plaidirt ferner in solchen Fällen von extremer Anämie für die Ausführung der Transfusion.

A. Martin glaubt, dass gerade in früher Zeit die Diagnose der Extrauterinschwangerschaft sehr schwer sein kann. Redner hat eine Frau nach eingetretener Ruptur operirt, dieselbe starb an unbestimmter Ursache, weder an Verblutung noch an Sepsis. Die Punction und nachfolgende Injection widerräth Redner, weil er immer Darmschlingen über und vor der Geschwulst liegen fand. Auch er ist in uncomplicirten Fällen für die Laparotomie. In vorgerückterer Zeit hat er den Sack entfernt oder entleert, drainagirt, gegen die Bauchhöhle zu verschlossen und darüber die Bauchwunde geschlossen.

Frommel wundert sich über die vielen von Wiedow beobachteten Fälle von Nachblutung und würde in jedem Falle von eingetretener Ruptur wieder die Laparotomie machen, wenn auch einzelne Fälle nach eingetretener Ruptur ohne Operation genesen sind.

Löhlein (Berlin) ist ebenfalls für die Laparotomie nach eingetretener Ruptur, da er einen Fall beobachtete, in welchem die Kranke nach der Ruptur sich bereits wieder erholt hatte, aber an einem Nachschub der Blutung rasch zu Grunde ging.

Winckel weist darauf hin, dass die extrauterinen Fruchtsäcke aus dem kleinen Becken ziemlich rasch nach oben wachsen und dass sie desshalb ohne viel Mühe hart an die Bauchwand angedrückt werden können. Schon in frühester Zeit sind die Tumoren genau abzugrenzen und die Nadel kann ganz isolirt eingestossen werden.

Schwarz spricht sich nochmals — trotz der Winckel'schen Fälle — gegen die Punction aus, durch welche die Personen nicht geheilt werden, weil der Sack zurückbleibt; eine Laparotomirte kann dagegen als hergestellt betrachtet werden, denn Bauchbrüche dürfen nach der heutigen Wundnaht nicht mehr vorkommen. Er glaubt ferner, dass in früher Zeit die Tumoren sich nicht an die Bauchdecken andrücken lassen. Er wiederholt, dass Täuschungen in der Diagnose vorkommen können und hält den Abgang der Decidua für ein Zeichen, dass der Fötus abgestorben sei. Die Nachblutungen in den Fällen von Wiedow könne er sich nicht erklären.

Zweifel: Ueber Perineoplastik.

Redner demonstrirt die ältere, sowie die neuere Methode der Perineoplastik von Lawson Tait und die Methode von Simpson. (Sämmtliche Methoden sind bei Zweifel die Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien und die Dammrisse, Stuttgart 1886 und bei Sänger, Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 301 ausführlich beschrieben.) Redner erklärt, dass er die frühere Methode von Lawson Tait für den kompleten Dammriss der späteren vorzieht und hält die von Sänger beschriebene neuere Methode von Lawson Tait nicht für eine Verbesserung der älteren. Das Simpson'sche Verfahren kann Redner auch für den kompleten Dammriss empfehlen. Die Ausführung dieser Lappen-Operationen sei äusserst einfach und leicht, die Resultate vorzüglich.

In der Discussion theilt Sänger mit, dass er jetzt 39 Fälle nach Lawson Tait operirt habe, hierunter 3 Fälle von completem Dammriss, stets mit vollständig befriedigendem Resultate; gerade durch ihre Einfachheit empfehle sich die Operation, welche rasch ausgeführt werden kann und ausserdem gestattet, den Damm beliebig nach vorne zu verlängern. Auch Olshausen bestätigt die Vorzüge der Methode, worauf Zweifel nochmals die Simpson'schen Methode (Bildung von Scheidenlappen) empfiehlt, weil man mit der Verengerung weiter nach aufwärts gehen kann.

Sänger stellt hierauf 5 Kranke vor, an welchen die Lawson Tait'sche Methode ausgeführt worden war, ausserdem 2 Fälle von geheilter Ventrofixatio uteri nach Retroflexion.

Sänger: Ueber Blasenverletzung bei Laparotomien.

Die Blase kann bei Laparotomien verletzt werden entweder durch Fortführung der Bauchwunde nach unten, oder durch Anreissen bei Lösung von Adhäsionen oder wenn sie für eine Cyste gehalten und angestochen wird. Redner beschreibt einen Fall von Laparotomie, in welchem er eine strangartig nach oben ausgezogene und in Adhäsionen eingebettete Partie der Blase für den Stiel hielt, den er durch dreifache Unterbringung zuschnürte und abschnitt; hiedurch wurde eine nicht unbeträchtliche Calotte der Blase abgekappt. Er liess die drei Unterbindungsnähte liegen, zog die Blase hervor und nähte rings um den Blasenstumpf das Bauchfell zusammen; hierauf wurde der Blasenstumpf durch weitere Nähte in der Bauchwunde befestigt und schliesslich wurde über das paravesicale Gewebe weg die Hautwunde genäht. Es entstand mässiger Blasenkatarrh, aber keine Fistel, und die Kranke genas vollständig.

Bei einer zweiten Laparotomie bemerkte Redner, dass der Harnstiel sehr lang war; derselbe wurde durchgeschnitten, und vier Wochen nach der Operation trat ein Bauchdecken-Abscess ein, nach dessen Oeffnung eine Harnfistel auftrat, die wochenlang floss und sich nicht schloss. Später wurde die Kranke wieder schwanger und die operative Schliessung der Fistel musste desshalb auf spätere Zeit verschoben werden.

Redner fordert daher auf, bei Laparotomien, darauf zu achten, ob der Harnstiel nach oben verlängert und der Urachus noch eine Strecke weit durchgängig ist.

In der Discussion erwähnt Leopold (Dresden), dass er eine schwere Blasenverletzung bei einer Laparotomie erlebt habe, wo die Blase bei einem Myom handbreit über die Symphyse aufwärts gezogen war. Bei Umlegen des Schlauches um den Tumor zeigte sich, dass ein Stück der vom Tumor nicht abzutrennenden Blase in den Schlauch mitgefasst war. Trotz aller Vorsicht wurde bei Abtragung des Tumors eine grosse Kuppe der Blase mit abgeschnitten. Redner vereinigte hierauf

die innerste Partie der Muscularis der Blase durch fortlaufende Catgut-Naht, dann wurden von beiden Seiten möglichst dicke Wülste der Blasen-Musculatur darüber gezogen und endlich das Peritoneum darüber vernäht. Die Kranke ist ohne jede Störung und Fistelbildung genesen.

(Originalbericht von Dr. J. Donat-Leipzig.)

Dritte Sitzung. 25. Mai, 9 Uhr Vormittags.

Geheimrath **Olshausen** (Berlin) stellt, während im Nebenzimmer zwei Fälle von ventraler Fixation des retroflectirten Uterus, von ihm mit dauerndem Erfolge operirt, von mehreren Anwesenden besichtigt werden, zwei ältere Frauen vor, bei welchen er vor 7 und 5 Jahren wegen Cervixcarcinom die Totalexstirpation gemacht hat. Zweck der Vorstellung ist, den noch immer an der Heilbarkeit des Uteruskrebses Zweifelnden ihr Bedenken zu nehmen. Redner betont aber, dass man die Zeit für die Recidive nicht zu kurz setzen darf, und bestimmt diese Zeit im Mittel auf zwei Jahre. Erst wenn bis zu dieser Zeit kein Recidiv eingetreten sei, könne man von Heilung sprechen, obwohl auch noch später Recidive kommen können. Zwei weitere Fälle von ihm, welche vor 6 Jahren operirt wurden, sind bisher gesund geblieben. — Zuletzt führt er eine Frau mit hochgradigen Beckenveränderungen in Folge von Osteomalacie vor, bei welcher er wegen Einklemmung des graviden Uterus (4. Monat) denselben total exstirpirt hat, da der Versuch des künstlichen Abortus nicht gelang. Der Fall ist von Benckiser bereits beschrieben worden.

Geheimrath **Schatz** (Rostock) zeigt einen Blasenstein von über Hühnerei-Grösse. Derselbe hatte sich bei einem jungen Mädchen in der Urethra und Blase gebildet und zwar, wie der Querschnitt erkennen lässt, concentrisch um die Schenkel einer Haarnadel, welche zu onanistischen Zwecken in die Harnröhre eingeführt und stecken geblieben war. Der Stein hat erst in der letzten Zeit Beschwerden gemacht und wurde in toto entfernt.

Redner beginnt seine angekündigten **therapeutischen Mittheilungen** mit der Therapie a) bei Ischuria puerperarum. Er empfiehlt bei hartnäckigen Fällen die Dilatation der Harnröhre, nimmt dazu den Schlingenführer von Trélat und erweitert damit, bis etwa der kleine Finger in die Harnröhre eindringen kann. Die Schmerzen sind meist gering, 1—2 Dilatationen genügen; die Erfolge sind gut. Auch bei nicht puerperalen Fällen ist die Methode brauchbar, ausser bei spastischen Formen der Ischurie.

Discussion: Geheimrath Battlehner (Karlsruh) bepinselt bei rein spastischen Formen der Ischurie und derjenigen in Folge von Reizung des Blasenhalses die Harnröhrenschleimhaut mit 10 proc. Cocainlösung.

Docent Dr. Skutsch (Jena) macht darauf aufmerksam, dass Wöchnerinnen oft desshalb an Ischurie leiden, weil sie nicht gelernt haben, im Liegen zu uriniren. In Jena müssen die Schwangeren vor der Niederkunft sich darin üben, ebenso gynäkologische Kranke vor der Operation und seitdem haben sich die Fälle von Ischurie vermindert.

Schatz hat schon länger gerade auf letztere Uebung geachtet und giebt ihren Erfolg zu, er weist nochmals darauf hin, dass sich die Dilatation nur für schwerere Fälle von längerer Dauer besonders eigne.

b) S.'s weitere Mittheilungen betreffen die Schwangerschaftswehen.

Er erinnert zunächst an seinen Vortrag in Freiburg über Hydrastis canadensis und berichtet über weitere mit diesem Mittel gemachte günstige Erfahrungen. Besonders bei Myomen wendet er es gern an, nicht weil er dieselben nicht operirt, sondern weil doch in einzelnen Fällen bei längerer Verabreichung des Mittels ein Kleinerwerden der Tumoren beobachtet worden ist. Das Extract aus der frischen Drogue (wie es in Amerika verwendet wird) ist jedenfalls ein wohl zu versuchendes Mittel. Gegen die oft lästigen und schmerzhaften Schwangerschaftswehen giebt es neuerdings das Viburnum verifolium (3—4 g täglich des Extractum spissum). Dasselbe kann ohne Schaden längere Zeit genommen werden und wenn es auch das Morphium nicht ersetzt, so ist seine wehenstillende Wirkung doch sicher.

c) Die therapeutischen Mittheilungen zur Wendung und Extraction wegen Beckenenge betreffen die intrauterine Anschlingung eines oder beider Arme vor der Wendung. Die Schlingen werden nach derselben mit der Entwickelung des Rumpfes angezogen und so hält die Armlösung, deren längere Dauer dem Kind oft verhängnissvoll wird, nicht auf und Redner hat gefunden, dass gerade dann der Kopf oft überraschend leicht durch das enge Becken durchgezogen werden kann.

Docent Dr. **A. Martin** (Berlin); **Ueber Myome.**

Vortragender geht in seinen Erörterungen mehr auf die anatomischen Befunde an exstirpirten Myomen ein und berichtet über die stattliche Zahl von 205 Exstirpationen von Myomen des Corpus uteri. Alle klinisch beobachteten und medicamentös behandelten Fälle, sowie die Cervixmyome sind nicht berücksichtigt. In 70 Fällen fanden sich nur Rückbildungsvorgänge, die keinen besonderen Befund zeigten. 7 mal ergab sich ausgesprochene Verfettung, dazu 3 mit mässiger Verkalkung. 10 mal fanden sich Vereiterungsprocesse in verschiedenen Stadien, von Trübung bis zum eitrigen Zerfall. In 11 Fällen zeigten sich ausgedehnte Oedembildungen. Die Trägerinnen der Geschwülste waren anämische heruntergekommene Frauen. Immer waren die stärksten Blutungen vor der Operation bei diesen Tumoren beobachtet worden. 8, meist grosse Myome zeigten grössere und kleinere Cysten mit stark eiweisshaltigem Inhalt; Endothel wurde nur an der Innenwand kleiner Cysten gefunden. Teleangiectatische Geschwülste sah Vortragender 4 mal, sie zeigten reichliche Blutungen und besonders starke Capillarenbildung. Sarkombildungen zeigten 6 Fälle, 2 waren durchgängig Sarkome, die 4 anderen enthielten Sarkomknoten im fibrösen Gewebe, die deutlich abgekapselt waren. 2 mal trat nach der Operation der letzten Fälle Recidiv ein und zwar fanden sich dann reine Sarkome. Bemerkenswerth ist, dass gerade bei Myosarkomen eine Ergotinbehandlung immer erfolglos war. Trotz wiederholter Untersuchungen fand sich in keiner Geschwulst ein Uebergang in Carcinom, in 9 Fällen war jedoch neben Myom auch Carcinom vorhanden und zwar 2 mal bei Carcinom der Portio vaginalis und 7 mal solches des Corpus uteri. Redner will aus diesem letzteren Befund keine bestimmten Schlüsse ziehen, aber die bisher angenommene Immunität der Myomkranken gegen Carcinom ist dadurch sehr in Frage gekommen.

Eine Reihe von Präparaten war zur Ansicht ausgestellt.

Prof. **Zweifel** (Leipzig): **Ueber die Stielbehandlung der Myomectomie.**

Redner gibt zunächst einen historischen Ueberblick über die Entwicklung der extra- und intraperitonealen Stielbehandlung bei Myomen und geht dann näher auf die von Olshausen vorgeschlagene Versenkung des Stieles mit dem elastischen Schlauch ein. Letzterer bringt den Stumpf sicher zur Nekrose, die Stümpfe werden dann ausgestossen, die elastische Schnur wird nicht resorbirt. Auf diese Weise sind allerlei Störungen im Heilungsverlauf zu befürchten. Gegen die sonst ausgezeichnete Methode Schröder's macht Z. geltend, dass durch die Etagennaht nicht immer die Blutstillung sicher sei wegen der oft grossen Gefässe und des festen Gewebes, auch würde noch zuviel Gewebe dabei mit versenkt. Schon in Salzburg hat Redner desswegen die parthienweise Unterbindung und Uebernähung des Stumpfes empfohlen. Jetzt benützt er die Bruns'sche Nadel, welche bei der Abbindung der Ligamenta lata und bei der Stielbehandlung die besten Dienste leistet. Nach Beschreibung der Nadel zeigt Vortragender an einem Spirituspräparat die Abbindung der Lig. lata, durch welche er beiderseits drei Nadeln legt. Nachdem dies geschehen, werden die Fäden der ersten zwei Suturen abgeschnitten, der der untersten dritten Sutur lang gelassen und mit diesem später das Lig. lat. seitlich in den Stumpf des Uterus eingenäht. Der frei gemachte Stumpf wird nun ebenfalls in drei und mehr Parthien unterbunden, indem die Nadel von vorn nach hinten durchgeführt wird. Nachdem dann der Cervicalcanal mit dem Thermokauter ausgebrannt ist, wird der Gummischlauch entfernt und der

Stumpf mit Peritoneum übernäht. Von 23 Myomectomien hat Z. die letzten 9 mit dieser Ligatur, die sicher blutstillend wirkt und erlaubt, den Stumpf auf das Minimum zu verkleinern, behandelt und bessere Erfolge als früher erzielt.

Geheimrath **Fritsch** (Breslau): **Ueber Myomotomie.**

F. hat seine ersten Operationen streng nach seinem Lehrer Olshausen ausgeführt und den Stumpf mit Schlauch versenkt und wendet gegen Zweifel ein, dass es falsch sei, dass es durch die Schlauchschnürung zu einer Nekrose des Stumpfes kommt, der Schlauch kann ganz gefahrlos versenkt werden. Später hat er nach der Methode von Schröder operirt und liess den Schlauch weg, machte aber statt der Etagennaht umfassende Nähte durch die ganze Wundfläche. Trotzdem verlor er 75 Proc. der Operirten und hätte die Operation ganz aufgegeben, wenn er nicht gehofft hätte, bessere Resultate durch andere Methoden zu erreichen. Die lange Nachbehandlung nach der Hegar'schen Methode schien ihm zu unbequem, obwohl er mehr Glück damit hatte. Die Einnähung des Stiels nach Wölfler behagte ihm auch nicht. Jetzt operirt er in folgender Weise. Nachdem das Myom herausgewälzt ist, werden die Ligg. lata unterbunden, dann nach Umlegung des provisorischen Schlauches der Uterus in der Längsrichtung entsprechend der Bauchwunde eingeschnitten und das Myom ausgeschnitten. Die Uteruswunde wird dann von rechts nach links wieder vereinigt und die Stümpfe des Lig. latum annähernd in die Mitte der Wunde eingenäht. Dann wird das Peritoneum rings um den Stumpf angenäht, so dass die Uteruswunde extraperitoneal liegt, dahinter die Bauchwunde geschlossen — die Bauchhöhle war vorher vollkommen gegen Eindringen von Blut geschützt — und der Wundtrichter, aus dem die langgelassenen Fäden herausgeleitet sind, jodoformirt und mit einem Listerverband gedeckt, welcher bis zum 9. Tage liegen bleibt. Die Nähte werden in den nächsten 2—3 Wochen nach und nach entfernt und man erhält eine gewöhnlich glatte Wunde, wie bei der Laparotomie. Bis jetzt hat F. 19 Fälle so mit Glück operirt. Bei den grossen Myomen, die in's Lig. latum gewachsen sind, empfiehlt er, das Myom auszuschälen. Dann kann man entweder den Sack reseciren und nach der Scheide drainiren oder man näht denselben in den unteren Mundwinkel ein, welche Methode er für besser hält als die Drainage nach der Scheide nach Martin. Die Enucleation von Myomen aus dem Uterus hält er für eine noch verbesserungsfähige und vielversprechende Operation und glaubt, dass die Enucleation, wenn sie als sichere Methode ausgebildet wäre, die Castration verdrängen könnte. An der vorderen Wand ist dieselbe leicht. — Schliesslich hebt F. noch einmal die Vortheile seiner Myomoperation hervor, sie bestehen in gefahrloser Ausführung, einfacher Nachbehandlung und Sicherheit des Erfolges. Auch die Einnähung des Sackes, der leicht und sicher von aussen gereinigt werden kann, hat grosse Vortheile nach Ausschälung intraligamentär sitzender Myome.

Discussion. Olshausen hat in mehr als 140 Fällen den Gummischlauch versenkt und hält bei strenger Desinfection desselben die Gefahr der Abscedirung für gering, giebt aber zu, dass die Ernährung des Stumpfes etwas verringert wird. Er hält die Schröder'sche Methode für ebenso gut, als die von Zweifel, zudem ist erstere die einfachere. Betreffs Unterbindung der Lig. lata hält er nur diejenige des Lig. infundibulopelvicum für nöthig. Dann muss die Uterina gesichert werden. Die Zweifel'sche Methode ist ihm zu weitläufig, ausserdem ist es durch sie nicht zu vermeiden, dass der besonders bei grossen Myomen sehr lange und gewundene Cervix zu oft beim Durchstechen mitgetroffen wird. Er desinficirt den Cervixcanal erst mit Sublimat, brennt ihn mit Glüheisen aus, näht ihn für sich, dann den Uterusstumpf nach Schröder, dann das Peritoneum. Fritsch's Vorschlag scheint ihm zweckmässig, es fragt sich nur, ob seine Methode immer anwendbar ist.

Docent Dr. Wiedow (Freiburg) hält die Eröffnung der Cervicalhöhle für die Hauptgefahr der späteren Infection des Stumpfes bei der intraperitonealen Methode. In drei seiner Fälle ist der Stumpf vereitert, zwei Patientinnen kamen trotzdem durch. Er bevorzugt die extraperitoneale Methode. Betreffs der Nachbehandlung nach Ausschälung intraligamentärer Myome steht er auf dem Standpunkt von Fritsch; er drainirt nach Einnähung des Sackes von aussen und nach der Scheide. Die Castration und ihren Werth hält er aufrecht. Die Bruns'sche Nadel scheint ihm nicht so günstig wie der Dechamps.

Prof. Hofmeier (Giessen) giebt die besseren Resultate der extraperitonealen Methode zu, glaubt aber, dass die intraperitoneale Methode nach Schröder nach ihrer Verbesserung noch eine grössere Zukunft habe. Die Vernähung des Stumpfes hat den Zweck, die Blutung und die Sepsis zu verhüten; erstere wird gestillt nach Unterbindung der A. uterina und flächenhafter Vernähung des blutenden Stumpfes. Die Cervixschleimhaut muss dann energisch desinficirt werden, am besten mit Pacquelin, dann wird der Canal vernäht und der Stumpf ohne weiteres versenkt, nachdem er mit Peritoneum bedeckt ist.

Prof. Frommel (Erlangen) spricht sich zu Gunsten der Schröder'schen Methode aus, die er in 16 Fällen ohne Störung ausführte. Bei subserösen Myomen ist weder Drainage noch Einnähen des Sackes in die Bauchwunde nöthig. Der Sack wird einfach gekürzt, umschnürt und versenkt.

Prof. Fehling (Basel) empfiehlt die Kocher'sche secundäre Wundnaht zur Abkürzung der langen Nachbehandlung bei der extraperitonealen Methode. Nach 14 Tagen werden nach Stumpfablösung die Granulationen abgekratzt und die Wunde genäht.

Hofrath Breisky (Wien) wendet ausschliesslich die extraperitoneale Methode an und hebt ohne weiter darauf eingehen zu wollen zweierlei hervor: 1) ist die sagittale Vereinigung bereits von Martin in Wien gemacht worden und 2) ist die Drainage nur bei Verunreinigungen der Bauchhöhle und Complicationen mit Eiter nöthig. Zur Drainage ist am besten Jodoformdocht zu verwenden. Gegen Hofmeier bestreitet er, dass sich der Cervix ebenso wie die Scheide desinficiren lässt, er schneidet ihn aus und verschorft ihn.

Geheimrath Prof. Dohrn (Königsberg) hat ebenfalls in 150 Fällen die Gummischnur versenkt, glaubt weder an die Gefahren der Versenkung noch an mangelhafte Stumpfernährung. Der Stumpf wird durch das Peritoneum ernährt.

Prof. Kaltenbach sah zweimal Complicationen der Myome mit Carcinom, er fand an wegen Carcinom total exstirpirten Uteris kleine Myome. Einmal entfernte er ein grosses schnell gewachsenes Myom, die Patientin ging bald darauf an Sarkomatose zu Grunde. Er fragt Martin, ob bacteriologische Untersuchungen angestellt seien in den Fällen, wo Eiter in dem intramural sitzenden Myomen sich fand und erinnert an die Fälle, wo wegen starken Verwachsungen der Organe mit dem Tumor die Quelle des Eiters nicht immer sicher zu constatiren ist. Oft ist Pyosalpinx in Betracht zu ziehen. Die extraperitoneale Methode ist nach seiner Ansicht die bessere. Die Zweifel'sche Methode kommt wieder auf Massenligaturen hinaus, auch kann, wie schon Olshausen bemerkte, der Cervix oft getroffen werden. Betreffs der Desinfection der Cervicalhöhle hält er den Brandschorf nicht für günstig, da er leicht zerfällt, auch chemische Mittel werden schnell ausgelaugt, sind aber vorzuziehen. Die Etagennaht des Stumpfes ist am sichersten. Die Castration hält er sowohl bei leichten Fällen als besonders bei multiplen Myomen für gerechtfertigt.

Zweifel (Schlusswort) bleibt auf seiner Ansicht stehen, dass die Nekrose durch den Schlauch begünstigt wird. Fritsch's Methode ist von Wölfler beschrieben, ist extraperitoneal und schwierig. Für die nicht seltenen Nachblutungen aus dem nach Schröder genähten Stumpf finden sich in der Literatur Belege. Er empfiehlt schliesslich nochmals seine Methode.

Martin erwidert Kaltenbach, dass im letzten Fall von Vereiterung bacteriologische Untersuchungen erfolglos gemacht wurden und geht noch näher auf den Fall ein, in welchem es sich nicht um Pyosalpinx handelte. Er hat nach allen Methoden operirt und ist ein Anhänger der Schröder'schen geblieben. Die Enucleation hält auch er für eine Methode der Zukunft. Als Nahtmaterial verwendet er jetzt nur noch Juniperuscatgut.

Ahlfeld (Marburg): **Ueber Placenta praevia** mit Be-

nutzung eines Durchschnittes durch einen hochschwangeren Uterus.

Das Präparat zeigte sehr schön die schon im Beginn der Geburt vorhandene Erweiterung des Cervix und der Scheide. Es handelte sich um eine Verblutung im Anfang der Geburt in Folge Plac. praevia. Die Hebamme hatte tamponirt, die Tampons hatten den Muttermund nicht erreicht, es waren also an dem sofort post mortem herausgenommenen und gehärteten Uterus die normalen Verhältnisse. Die Härtung geschah in Müller'scher Flüssigkeit. Redner demonstrirte das Präparat und knüpfte daran die häufige Beobachtung, dass die vorliegende Placenta so sehr oft verwachsen sei. Genauere mikroskopische Untersuchungen einschlägiger Fälle ergab den Grund dieser Verwachsungen in feineren entzündlichen Veränderungen zwischen Decidua und Chorionzotten.

Hofmeier: Zur Aetiologie der Placenta praevia mit Demonstration von Präparaten.

In einem dem Vortragenden zugeschickten Präparate eines im 4.—5. Monat schwangeren Uterus fanden sich Zwillinge und Plac. praevia centralis. Dabei war die Höhle anstatt mit Fruchtwasser mit Blut gefüllt, welches sogar die Eihäute zwischen den Zwillingen durchbrochen hatte. Die Placenta lag zum Theil frei, mit normaler Decidua bedeckt über dem inneren Muttermund, welcher ebenfalls normale Decidua zeigte. H. ging auf Grund dieses Befundes dahin über, die Entstehung der Plac. praevia so zu deuten, dass die Placenta anstatt in die Decidua vera in die Decidua reflexa hineinwuchert und spricht die Vermuthung aus, dass das befruchtete Ei Zotten aussenden kann, ehe es von einer Reflexa vollkommen umgeben ist.

(Schluss folgt.)

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 14. Mai 1888.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr Kronthal (aus der Praxis des Prof. Mendel) ein Rückenmark einer Kranken, welche mit spastischer Lähmung der unteren Extremitäten, schweren Sensibilitätsstörungen an den Armen u. s. w. zu Grunde gegangen war; es besteht ein Tumor im Cervikalmark und mehrfache Höhlenbildung im Halsmark, sowie auch weiter abwärts.

Herr Siemerling: **Statistisches und Klinisches zur Paralyse der Frauen.**

Unter den in den letzten 13 Jahren in der Charité aufgenommenen geisteskranken Frauen, 3800 an Zahl, waren 440 Paralytische, also 11,5 Proc. Soweit Berechnungen möglich und zuverlässig sind, findet S. für Frauen eine Abnahme der Erkrankungsfälle an Paralyse, während er bei Männern, — von denen je $3^1/_2$ auf 1 Frau kommen —, eine Zunahme verzeichnen muss. Das Durchschnittsalter beim Beginn der Erkrankung ist das 36. bis 40. Jahr; doch scheinen jetzt öfter als früher auch schon Frauen aus jüngeren Altersklassen zu erkranken. In den Monaten August bis October fanden immer die meisten Aufnahmen in's Krankenhaus statt.

Aetiologisch konnte S., so wenig er die Wichtigkeit des Geschlechtslebens der Frauen für psychische Verhältnisse verkennt, doch eine bestimmte Beziehung einzelner Phasen desselben zur Entstehung der Paralyse nicht feststellen, weder des Puerperiums und schwerer Entbindungen, noch des Climacteriums. Nur ein einziges Mal musste das Ausbleiben der Menses als Ursache der Krankheit angenommen werden. Dagegen spielen ungünstige sociale Verhältnisse entschieden eine grosse Rolle bei der Entstehung der Paralyse.

Lues konnte unter 126 Fällen 14 mal, also in 11 Proc., sicher constatirt werden. Reinhardt (Hamburg) fand 14 Proc. In Bezug auf die Heredität kann S. die Thatsache, die Mendel hervorhebt, dass nämlich häufig bei den Eltern Schlaganfall als Todesursache angegeben ist, bestätigen. Von somatischen Symptomen will S. nur zwei hervorheben, die reflectorische Pupillenstarre, welche sich in 64 Proc. fand, und Abnormitäten des Kniephänomens; dieses war verschwunden in 28 Proc., gesteigert in 26 Proc. der Fälle. Eine Combination dieser beiden somatischen Symptome fand sich in 25 Proc.

Was den Verlauf anbetrifft, so zeigt dieser keine wesentlichen Abweichungen von demjenigen beim Manne, nur dass er — wie schon Sander hervorgehoben hat — im Ganzen ein ruhigerer ist. — Apathie und Dementia beherrschen das Bild, in welches Grössendelirien (sehr oft sexuell gefärbt) und hypochondrischer Stimmungswechsel etwas Mannigfaltigkeit bringen.

Die Dauer des Leidens, nach 239 Fällen der letzten 6 Jahre berechnet, ergiebt im Durchschnitt $2^1/_2$ Jahre, wenn S. nur die 101 bis jetzt Gestorbenen in Anschlag bringt; 60 leben noch, von 78, die zum Theil gebessert nach Hause entlassen wurden u. s. w. fehlen die Nachrichten. Die durchschnittliche Dauer des Aufenthaltes in der Anstalt war $1^1/_2$ Jahre.

In der Discussion bemerkt Herr Jensen, dass in Allenberg auf 208 männliche Paralytiker 22 weibliche kommen, von denen Alle bis auf eine beim Beginn des Leidens älter als 30 Jahre waren.

Herr Sander nimmt nach seinen Erfahrungen eher eine Zunahme als eine Abnahme der Paralyse bei Frauen an, und findet einen gewissen Widerspruch in den Angaben des Vortragenden, der das Verhältniss der Frauen zu den Männern wie 1 zu $3^1/_2$ fand, während man es sonst wie 1 zu 5 annahm, und doch dabei von einer Abnahme des Leidens bei Frauen sprach.

Herr Moeli wundert sich über die angegebene kurze Krankheitsdauer; wenn Herr S. die Verhältnisse der 78 Entlassenen hätte berücksichtigen können, so wäre wohl eine längere Dauer herausgekommen. Was die Symptomatologie betrifft, so hat M. auffallend häufig bei Frauen Zustände von Benommenheit mit Unruhe (die Kranken geben stereotyp an, sie suchten etwas) beobachtet; es gingen dabei keineswegs immer apoplectiforme Anfälle vorher, und ein ungünstiger Einfluss auf das Gesammtbefinden trat nicht hervor.

Herr Mendel glaubt auch eine Zunahme der Paralyse bei Frauen annehmen zu dürfen, und meint, dass wenn in 11 Proc. der Fälle vorhergegangene Lues sicher hätte nachgewiesen werden können, thatsächlich wohl ein höherer Procentsatz vorhanden gewesen sein wird. Er fragt sodann den Vortragenden, ob ihm nicht Fälle vorgekommen seien, in denen Mann und Frau an Paralyse erkrankten? Er selbst habe bis jetzt 5 mal ein solches Zusammentreffen beobachtet, und zwar hatten dabei immer die beiden Ehegatten gleichzeitig Lues, indem der Mann seine Frau inficirt hatte. Herr Mendel hebt endlich noch den grossen Werth des Westphal'schen Zeichens als eines Frühsymptoms der Paralyse hervor.

Herr Siemerling erwidert mit genauerer Mittheilung der von ihm gefundenen Zahlen. In dem gleichen Zeitraum wurden gegenüber 347 paralytischen Frauen 1262 männliche Paralitiker in der Charité aufgenommen, d. h. $3^1/_2$mal so viel; nach der Bevölkerungszahl berechnet, zeige die Zahl der paralytischen Frauen eine Abnahme. Fälle, wie sie Herr Mendel hervorgehoben, seien auch ihm vorgekommen.

Herr Westphal bemerkt hierzu, dass auch er das interessante Vorkommen der Paralyse bei Mann und Frau beobachtet habe; bei drei derartigen Fällen sei jedoch nur 1 mal Syphylis der Ehegatten festgestellt worden.

Herr **Bernhardt** stellt einen Kranken vor, welcher nach einem Fall auf die Nates ausschliesslich eine Lähmung der Blase und des Mastdarmes und eine vollständige Anaesthesie dieser Theile, sowie ferner eine Anaesthesie des Penis, des Scrotum und der Haut in der Umgebung des Anus und der Hinter-Innenseite des Oberschenkel davon getragen hat. Die Motilität der Beine, die Sehnenphänomene u. s. w., Alles ist intact. Auch der Coitus kann ohne Schwierigkeit vollzogen werden, Libido und Voluptas sind vorhanden, nur erfolgt keine Ejaculation des in der Harnröhre befindlichen Samens d. h. die M. M. bulbo- und ischio-cavernosi sind gelähmt. Dieser Fall, zu welchem einige Analogien in der Litteratur vorliegen (von Kirchhoff, Rosenthal u. A.) lehrt, dass das Centrum ano-

vesicale isolirt getroffen werden kann, und das »Centrum generandi«, wenn man so sagen darf, nicht örtlich mit jenem zusammenfällt. Jetzt, etwa 4 Monate nach dem Unfall, fangen die Lähmungserscheinungen der Blase und des Mastdarmes an, sich zu bessern.

Herr **Oppenheim: Zur Pathologie der Tabes dorsalis.**

Die 2 Fälle, von welchen O. Mittheilung macht, sind interessant durch ihre Bulbärsymptome. Im ersten Fall traten schon früh heftige Kopf- und Gesichtsschmerzen, Schmerzen in der linken Zungenhälfte, später Kriebeln in der rechten Gesichtshälfte auf, Speisetheile blieben im Munde stecken; die rechte Stirn- und rechte Zungenhälfte zeigten schwache Anästhesie. Das Hervorstrecken der Zunge gelang nur, wenn Patient sich vor dem Spiegel mit den Augen controlirte. Schon früh Larynx-Krisen, Pulsfrequenz, rauhe Stimme; laryngoskopisch Lähmungen einzelner Kehlkopfsmuskeln nachgewiesen. Später traten Anfälle von Schlingkrämpfen auf, 24 32 in der Minute, $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde dauernd. Diese sogenannten »Krisen« konnten beliebig hervorgerufen werden durch Druck auf eine zwischen Kehlkopf und Musc. sternocleidomastoideus gelegene Stelle. Bei der Section fand sich ausser einer typischen Degeneration der Hinterstränge, welche bis in die Medulla oblong. hinaufreichte, Folgendes: Die aufsteigende Quintus-Wurzel war in ihrem ganzen Verlauf bis zu ihrem Austritt aus der Medulla degenerirt; dagegen war die absteigende und die motorische Wurzel intact. Vom Vago-Accessorius-Gebiete war die aufsteigende Wurzel vollständig entartet bis zum VIII Kerne, die austretende Vagus-Wurzel stark verändert, der Vagus-Stamm deutlich atrophisch, die Nn. laryngei recurrentes, wo sie in den Kehlkopf eintreten, sehr stark degenerirt, dagegen der N. laryngeus superior beiderseits normal. Ein Zweig des N. glosso-pharyngeus war entartet. Die anatomischen Veränderungen, die Fällen von Tabes von solcher Art, wie der geschilderte, zu Grunde liegen, bestehen nach unseren bisherigen Kenntnissen in Veränderungen theils der Kerne allein, theils der Nerven allein, theils einer Combination dieser beiden Alternativen.

Im zweiten Falle, der schnell und schwer verlief, war früh schon ein eigenthümliches Gefühl von Starre des Gesichtes vorhanden; Kauen und Schlingen durch Sensibilitätsstörungen, trotz erhaltener Muskelkraft. Nach einigen Monaten traten beim Sprechen und Kauen eigenthümliche atactische Gesichtsbewegungen auf. Die Section ergab am Rückenmark (welches frisch betrachtet, ganz intact zu sein schien) eine totale Entartung der Hinterstränge. Die hinteren Wurzeln waren, was äusserst selten ist und wohl mit dem ungewöhnlich raschen Verlauf dieses Falles zusammenhängt, auffallend stark vascularisirt. In der Medulla oblong. ging die Degeneration bis in die Corpora restiformia; daneben bestand Atrophie der aufsteigenden Quintus-Wurzel in ihrer ganzen Länge.

Diese Quintus-Affectionen bei Tabes sind nicht selten; Pierrot beschrieb sie, Westphal untersuchte sie anatomisch zuerst, später auch Hayem, Flechsig u. A. Sehr interessant sind die Ataxie der Gesichtsmuskeln und die mannigfachen Sensibilitätsstörungen, welch letztere allein die Behinderung der Zungenbewegungen, des Kauens u. s. w. bewirken. Störungen des Geschmackes werden in diesen Fällen nur selten verzeichnet; bemerkenswerth war hier auch noch das spontane Ausfallen der Zähne.

Herr O. veranschaulichte die anatomischen Befunde durch zahlreiche Präparate.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung am 29. Mai 1888.

Vorsitzender: Herr Curschmann.

Der Vorsitzende theilt das Ableben des Herrn Dr. M. A. Unna sen., Ehrenmitglied des Vereins, mit. Die Anwesenden erheben sich zu seinem Andenken von ihren Plätzen.

I. **Demonstrationen.** Herr G. Cohen zeigt die Harnorgane eines fast 90 Jahre alt gewordenen Mannes mit einer colossalen Vergrösserung des mittleren Prostatalappens. Man fühlte intra vitam einen Tumor über der Symphyse, der als Harnblase imponirte. Patient hatte 30 Jahre lang Prostatabeschwerden, hatte zeitweilig Blasenblutungen, später Nierenkoliken und zuletzt Abgänge von Nierensteinen. Er starb an genuiner Pneumonie. — Der Fall spricht für die quoad vitam doch immer relativ günstige Prognose der Prostatahypertrophie.

2) Herr E. Fränkel demonstrirt

a) ein Gehirn mit einem Aneurysma der linken Art. communicans posterior. Dieser Sitz ist sehr selten; Leber hat 7 Fälle ähnlicher Art publicirt;

b) ein Ulcus ventriculi, das eine Perforation durch die Bauchdecken gemacht hatte;

c) Präparate eines Mannes, der von einem cariösen Zahn aus eine septische Osteomyelitis des Unterkiefers und im Anschluss hieran eine Phlegmone des Mundhöhlenbodens und des retropharyngealen Bindegewebes acquirirt hatte. Die Section ergab noch eine septische Pleuritis.

Herr Schede, der 6—8 ähnliche Fälle gesehen, hält dieselben für absolut lethal. Die Dauer des Verlaufes ist verschieden; bisweilen kommt es auch zur Kiefernekrose; doch erfolgt früher oder später der Tod durch Sepsis. Selbst frühzeitige und ausgiebige Incisionen vermögen die Jauchung nicht zum Stillstand zu bringen.

3) Herr Kümmell zeigt einen Patienten, der ein rechtsseitiges Tonsillarsarkom gehabt hat. Der 28jährige Mann kam zuerst mit einem grossen Sarkom der Halslymphdrüsen in K's Behandlung, das von der Schädelbasis bis zur Clavicula reichte. Dasselbe wurde nach vorheriger Ligatur der Carotis communis und des Venenplexus an der Schädelbasis exstirpirt und heilte in 10 Tagen per primam. Das Recidiv an der Tonsille erschien schon 8 Wochen später; zugleich bestand ein Tumor in der Parotis. Nach vorheriger Tracheotomie und temporärer Durchsägung des Unterkiefers gelang die Entfernung der Neubildung leicht. Bei der Operation bewährte sich die Hahn'sche mit Pressschwamm umwickelte Canüle vortrefflich; ebenso zur Adaption der Kieferhälften die von Hausmann angegebene Verschraubung.

Herr Michael erinnert daran, dass die Tamponcanülen zuerst von ihm angegeben seien und die von Hahn empfohlene Modification derselben in seinen Augen keine Verbesserung darstelle.

4) Herr Curschmann demonstrirt braune Kuchen, die nach einem Vorschlage Dr. Weberling's mit Faulbaumrindenextract imprägnirt sind. Dieselben eignen sich als Laxans besonders für die Frauen- und Kinderpraxis.

II. Herr **L. Voigt** spricht: **Ueber Impfschäden.**

Dieselben würden von den Impfgegnern sehr übertrieben. Während in Deutschland jährlich ca. 1,200,000 Impfungen und 1 Million Wiederimpfungen stattfinden, betrug die Mortalität der Impflinge im Jahre 1883 nur 85.

Vortragender bespricht dann die Morphologie normaler Vaccine. Dieselbe enthält im frischen Zustande Sporen und spärliche Coccen. Bei der Conservirung schwinden die Sporen, während die Coccen sich vermehren. Der Impfbacillus ist noch nicht entdeckt. Doch konnte Marother aus Variolalymphe einen gelben Coccus züchten, der in der 7. Cultur beim Kalbe Vaccinepusteln erzeugte.

Fieber nach der Impfung ist nicht selten, meist aber nur vorübergehend und dann belanglos. Bei sehr empfindlichen Kindern kann es dabei zu Convulsionen kommen. Kinder, die an Laryngismus leiden, dürfen nicht geimpft werden.

Von unschädlichen Exanthemen kommen vor fleckige, morbillöse und urticariaähnliche. Auch Furunculose und Achselbubonen werden beobachtet, gehen aber meist spontan wieder zurück.

Accidentelle Schädlichkeiten können durch die Massenimpfungen entstehen, so Unglücksfälle im Gedränge und Ansteckungen (Blattern, Scharlach, Diphtherie, Masern).

Von eigentlichen Impfschäden nennt V.:

a) die Syphilis. Dieselbe ist bei animaler Impfung ausgeschlossen.

b) Tuberculose. Eine eigentliche vaccinale Impftuberculose ist bislang nicht beobachtet.

c) Lepra kommt für unsere Verhältnisse nicht in Frage.

d) Erysipel. Bei Kälbern kommt Erysipel kaum vor; Vortragender hat es nur einmal gesehen. Dann fiebert das Kalb aber stets. Befolgt man also die Regel, nie von einem fiebernden Kalb abzuimpfen, so kann man sich vor dieser directen Uebertragung schützen. Das sogenannte »Impferysipel« ist kein genuines Erysipel; dasselbe entsteht besonders häufig bei Revaccinirten nach mehreren Tagen und verschwindet wieder bis zum 11. Tage post vacc. Gefährlich sind dagegen die Früherysipele, die am 2. bis 3. Tage auftreten. Hier kann es zu ausgedehnter Hautgangrän kommen; auch Todesfälle sind beobachtet. Im Jahre 1813 sind 11, im Jahre 1884 8 Todesfälle an Erysipel in Deutschland vorgekommen, resp. gemeldet. Vortragender berichtet über verschiedene derartige Beobachtungen. (Fortsetzung folgt.) Jaffé.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung am 18. Mai 1888.

Vorsitzender: Prof. E. Ludwig.

Prof. **Lang: Ueber die Verwendung des grauen Oeles in der Syphilistherapie.**

Redner weist vorerst darauf hin, dass er eigentlich kein Novum vorbringe, indem er für die Behandlung der Syphilis ein Quecksilberpräparat empfehle, dessen er sich schon im vierten Jahrgange bediene. Dafür könne er aber auf eine mehrjährige Erfahrung hinweisen, was von praktischem Standpunkte gewiss wichtig sei.

Von der Erfahrung ausgehend, dass das metallische Quecksilber in Form der grauen Salbe und des grauen Pflasters ein Präparat darstelle, dem in der Syphilistherapie die mächtigsten Heilpotenzen vindicirt werden müssten und in Würdigung der vielen Vortheile, welche die Methode der subcutanen Einverleibung der Medicamente vor anderen Methoden besitzt, ging L.'s Bestreben dahin, dem metallischen Quecksilber die Form zu bewahren, in welcher es in unserer Salbe enthalten ist, es aber gleichwohl für subcutane Injectionen zu verwerthen. Nach vielen Versuchen gelang es ihm, ein solches Präparat herzustellen. Es besteht aus exstinguirtem Quecksilber und aus einem starren und einem flüssigen Fett. Das von ihm in letzterer Zeit ausschliesslich benützte Präparat hat folgende Zusammensetzung:

Hydrargyri,
Lanolini ana part. tres,
Ol. olivar. part. quatuor.

In diesem Präparate sind somit 30 Proc. metallisches Quecksilber enthalten.

Schwierig war die Entscheidung der Vorfrage, wie viel von diesem Präparate zu injiciren sei, da man bei der grauen Salbe wohl wisse, wie viel man einreiben lasse, aber keineswegs, wie viel Hg. resorbirt werde. Der directe Versuch lehrte, dass hiezu sehr geringe Mengen genügen. In mittelschweren Fällen wurden 0,3 ccm des grauen Oeles benöthigt, um die meisten Symptome der Luës rasch schwinden zu machen. Im Allgemeinen injicirte L. etwa alle 5—8 Tage einmal 0,1—0,15 ccm Ol. ciner. Nach 2—3 Wochen wurde eine längere Pause gemacht (bis zu 20 Tagen), weil diese Injectionen lange nachwirken, sodann wieder injicirt, bis etwa $1^1/_2$ — 2 ccm des Präparates subcutan verabfolgt waren.

Auf das Auftreten einer Stomatitis oder anderer Zeichen von Hydrargyrose ist sehr zu achten und danach das weitere Benehmen einzurichten. Die Technik dieser Injectionen, welche der Redner und seine Schüler an anderer Stelle schon genau beschrieben haben, ist sehr wichtig. Hat man die technischen Regeln inne, injicirt man unter antiseptischen Cautelen ein tadelloses Präparat, dann wird man wohl ausnahmsweise ein sehr gutes Resultat erzielen.

Prof. L. vergleicht sodann die geringen Mengen metallischen Quecksilbers, welche er beim Ol. cinereum etwa im Vergleiche mit Sublimat injicirt, empfiehlt aber trotzdem eine gewisse Vorsicht, nicht mehr als er selbst zu injiciren, da man beim etwaigen Auftreten einer Stomatitis mercurialis absolut nicht in der Lage wäre, die Quecksilber-Depôts aus den Körper zu entfernen — man müsste diese höchstens excidiren. Uebrigens wurde höchst selten eine Stomatitis beobachtet, das Präparat wurde recht gut vertragen und L. war nur 4 oder 5 mal genöthigt, mit diesen Injectionen ganz auszusetzen, weil entweder die Individuen zu empfindlich waren, oder weil sie dagegen eine Idiosynkrasie hatten.

Die Vorzüge dieses Präparates sind also, dass das wirksame Agens in demselben gleichmässig vertheilt sei, dass die Dosirung somit eine exacte sein könne, was bei den Einreibungen der grauen Salbe nicht der Fall ist. Hiezu komme die Bequemlichkeit der Anwendung und die geringe Reaction Seitens der Injicirten, wenn man mit entsprechender Sorgfalt vorgehe. Vereiterungen der Injectionsstellen hat L. auch in der Privatpraxis niemals gesehen, auch bei seinen Hilfsärzten nicht, sobald sie einmal die technischen Schwierigkeiten überwunden hatten.

Das Ol. cinereum ist überall da angezeigt, wo eine Quecksilberbehandlung überhaupt indicirt erscheint. Die Wirksamkeit dieser Methode zeigte sich am Besten, wenn es sich um Lues des Nervensystems, um Syphilis des Gehirns und Rückenmarkes handelte; verzweifelt schwere Fälle wiesen bei dieser Behandlung recht zufriedenstellende Resultate auf.

Die graue Salbe und das Empl. hydrargyri wirken bei localer Application auf Spätproducte der Syphilis ungemein resorptionsbefördernd. Handelt es sich aber darum, z. B. gummöse Infiltrate an der Stirne rasch zur Resorption zu bringen, so könnte man ganz kleine Mengen grauen Oeles (0,01 bis 0,01 ccm) in deren Nähe injiciren. Um solche Injectionen auszuführen, muss man schon über eine grössere Erfahrung verfügen. Tritt übrigens locale Vereiterung ein, so leidet hierunter nicht die resorbirende Kraft des Präparates. Man wird dieses endlich auch da in Anwendung bringen, wo die graue Salbe und das Pflaster nicht gebraucht werden können. So behandelte L. einmal eine grosse gummöse Höhle der Tibia, in welche von aussen eine nur sondenknopfgrosse Oeffnung führte, in der Weise, dass er mit einer eigens gefertigten Spritze in die Höhle graues Oel injicirte.

Syphilitische Processe des äusseren Gehörganges, des Trommelfelles, des Mittelohres sind dem grauen Oele leicht zugänglich. Man könnte es auch durch die Tuba Eustachii durchspritzen. Affectionen des Kehlkopfes und des Nasen-Inneren liessen sich in dieser Weise viel gründlicher behandeln; auch die Augenärzte sollten es nicht unversucht lassen und das Oel in den Bindehautsack einträufeln; der Lidschlag würde die Inunction des Bulbus besorgen. Es empfiehlt sich also dessen Anwendung nach mehrfacher Richtung hin, und zwar auch von Specialisten auf anderen Gebieten. (Allg. Wr. med. Ztg.)

Verschiedenes.

(Bädernachrichten.) Bad Brückenau. Die bei Erkrankungen des Nierenbeckens und der Blase vielfach gerühmte Wernazer Quelle wurde besonders von dem verstorbenen Hofrath Maas in Würzburg in warmer Weise empfohlen, und selbst dem Wildunger Wasser vorgezogen (s. d. Gutachten in Nr. 22, 1886 d. W.). Neuerdings äusserte sich nun auch, wie uns mitgetheilt wird, Geheimrath v. Nussbaum anerkennend über die Wirkung dieser Quelle. Der Versandt des Wassers ist ein jährlich steigernder.

Bad Hall in O.-Oesterreich, als stärkstes Jodsoolbad des Continents geltend, wurde durch die Herstellung einer directen Eisenbahnverbindung (über Linz durch die Kremsthalbahn) leichter zugänglich gemacht; ferner wurde für Einführung einer Reihe neuer Cureinrichtungen, wie Inhalationen, Einpackungen, Massage, Kefir etc., Sorge getragen.

Therapeutische Notizen.

(Sulfonal) wurde an der Landesirrenanstalt in Budapest bei einer kleinen Anzahl von Fällen angewendet, über die der Primärarzt Dr. Salgó in Wr. med. W. Nr. 22 berichtet. Dasselbe hat sich zwar nicht in allen Fällen, z. B. bei schlaflosen unruhigen Paralytikern, als wirksam erwiesen, leistete jedoch in manchen, z. B. bei einem Falle

von schwerer viriler Hysterie, bei hypochondrischer Depression, bei Epilepsie u. a. gute Dienste. Der Sulfonalschlaf war anhaltender, gleichmässiger als der Paraldehyd-Schlaf; das Mittel wurde wegen seiner Geschmacklosigkeit lieber genommen als Paraldehyd oder Chloral.

An der gleichen Stelle äussert sich Salgó auch, in Ergänzung der schon in Nr. 20 referirten Mittheilungen seines Assistenten Krauss, über das Hyoscin. hydrochlor. Sein Urtheil lautet ausserordentlich günstig. Ueberall, wo es sich um rasche Beruhigung eines tobsüchtig erregten Kranken handelt, ist das Hyoscin souverän. Es wirkt prompter und verlässlicher als Chloral, Morphin, Paraldehyd, von anderen Beruhigungsmitteln gar nicht zu sprechen. Die Application des Mittels ist leicht, einfach, in der Dosis von 0,001 völlig unbedenklich. Eine durch Wiederholung bedingte Abschwächung der Wirkung wurde bisher nicht beobachtet. Eine accumulative Wirkung mit etwaigen üblen Zufällen hat S. nach 2, ja selbst nach 3 Injectionen in 24 Stunden nicht gesehen. S. glaubt, dass das Hyocin eine bedeutende Rolle in der irrenärztlichen Praxis spielen werde.

(Cineraria maritima zur Behandlung der Cataract.) Der Director des botanischen Gartens in Kew bei London, Thiselton Dyeer, theilt in Pharm. Journal, 26. Mai, folgenden merkwürdigen Fall mit: Ein an Staar erkrankter und von dem Ophthalmologen H. Power in London erfolglos operirter Arzt in Venezuela versuchte, auf das dringende Anrathen einer Verwandten, Einträufelungen mit dem Safte der genannten Pflanze, die in der dortigen Gegend im Rufe eines Heilmittels gegen die Staarblindheit steht. Ohne jedes Vertrauen auf den Erfolg, lediglich da er nichts zu verlieren hatte, unterzog sich der völlig erblindete Arzt der Behandlung, die in Instillation von täglich dreimal 2 Tropfen des Saftes in jedes Auge bestand. Vom 4. Tage an zeigte sich auf dem rechten Auge ein Lichtschimmer, der allmählich zunahm, so dass Patient nach wenig mehr als 2 Monaten im Stande ist, mit dem rechten (nicht operirten) Auge bei günstiger Beleuchtung Personen zu erkennen und selbst die Uhr abzulesen; mit dem linken (operirten) Auge vermag er die vorgehaltenen Finger der Hand zu unterscheiden. Die Application reizte das Auge nicht, es trat nur leichtes, kurzdauerndes Brennen ein und reichliche Thränenabsonderung. (?)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 5. Juni. Morgen, am 6. ds. Mts., sind es 50 Jahre, dass der jetzige Hofrath Dr. J. Rosenthal in Würzburg in München zum Doctor promovirt wurde. Wir wünschen dem um den ärztlichen Stand in Bayern hochverdienten Jubilar, dass es ihm noch lange Jahre vergönnt sein möge, in ungeschwächter Rüstigkeit des Körpers und Geistes wie bisher seiner edlen, selbstlosen Thätigkeit zu walten.

— Für den am 23. Juni abzuhaltenden oberbayerischen Aerztetag wurden die Räume der Inselrestauration der Kunstgewerbeausstellung zur Verfügung gestellt.

— Auf der Tagesordnung des vom 11.—13. September in Stettin tagenden deutschen Juristentages befindet sich auch die Frage der Entmündigung von Trinkern. In dem kürzlich erschienenen Entwurf eines Bürgerlichen Gesetzbuches für Deutschland war dieselbe bisher nicht aufgenommen.

— Donders-Feier. Zu der am 28. Mai in Utrecht stattgehabten Feier des siebzigsten Geburtstags Prof. Donders' hatten sich Gelehrte aus allen Orten Europas eingefunden und brachten dem weltberühmten Gelehrten ihre Huldigungen als einem der grössten Ophthalmologen und Physiologen dar. Aus Deutschland waren erschienen v. Zehender (Rostock), Albrecht Nagel (Tübingen) und Dr. Klaatsch (Berlin); aus England Lister, Humphrey u. A.; aus Italien Jac. Moleschott (Rom). Der Festredner, Baron Roëll, Mitglied der 2. Kammer und des Curatoriums der Universität, bot dem Gefeierten eine von Freunden und Verehrern zusammengebrachte Summe von ca. 56,600 M. an, deren Verwendung ihm überlassen bleibt. Donders bestimmte, dass das Capital verwendet werden soll, um vielversprechenden Zöglingen einer der niederländischen Universitäten die Mittel zu verschaffen, ihre Studien in der Ophthalmologie und Physiologie fortzusetzen. U. a. hat auch der ärztliche Verein München Donders anlässlich dieser Feier zu seinem Ehrenmitgliede ernannt.

— Cholera in Calcutta. Nach dem jüngsten Quartalberichte des Medicinalbeamten Dr. Simpson an den Vorsitzenden der Stadtgemeinde Calcutta wird die Cholera dort in diesem Jahre wieder eine grössere Anzahl von Opfern fordern. Von Januar bis Ende März starben in der eigentlichen Stadt ohne Vorstädte bereits 527 Personen, (5,2 pro mille der Bevölkerung) an dieser Krankheit, und da in Calcutta die Cholerafrequenz ihr gewöhnliches Maximum erst im Laufe des April zu erreichen pflegt, so ist noch mehr zu befürchten. Dr. Simpson, obschon er Trinkwassertheoretiker ist, beklagt sich darüber, dass die Ueberwachung der Reinlichkeit und Salubrität sich nur auf die Strassen der Stadt und nicht auch auf das Innere der Häuser und deren Höfe erstreckt: er will das Institut von Sanitätsinspectoren mit weiteren Befugnissen eingeführt wissen.

(Universitäts-Nachrichten.) **Budapest.** Der I. Assistent der Klinik Prof. Koranyi's, Dr. Samuel Stern, hat sich als Docent für physikalische Untersuchungsmethoden habilitirt. — **Halle.** Die Zahl der Studirenden der Medicin beträgt in diesem Semester 303, gegen 295 im vorigen Semester. Zur Errichtung einer neuen psychiatrischen und Nervenklinik wurde in diesen Tagen ein Grundstück von 10½ Morgen zum Preise von 125,000 M. erworben. Die neue Klinik soll für 120 Kranke eingerichtet werden. Die betreffenden Pläne sind von Herrn Prof. Hitzig entworfen. Voraussichtlich wird bereits in zwei Jahren die neue Klinik bezogen werden. — **Innsbruck.** Der bisherige supplirende Professor der pathologischen Anatomie, Privatdocent Dr. G. Pommer, wurde zum ordentlichen Professor ernannt — **Marburg.** Als Professor extraord. für die hiesige medicinische Poliklinik wurde Prof. Rumpf aus Bonn ernannt, welcher den Ruf angenommen hat. Ausserdem waren von der Marburger medicinischen Facultät noch vorgeschlagen Prof. Kast in Freiburg und Prof. Unverricht in Jena. — **Würzburg.** Dem ausserordentlichen Professor Dr. Riedinger wurde das Ritterkreuz I. Classe des herzoglich Sachsen-Ernestinischen Hausordens verliehen.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 21. Jahreswoche vom 20. bis 26. Mai 1888.

Brechdurchfall 37 (33*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 43 (56), Erysipelas 15 (25), Intermittens, Neuralgia interm. 7 (6), Kindbettfieber 2 (3), Meningitis cerebrospin. 1 (—), Morbilli 14 (42), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 7 (4), Parotitis epidemica 3 (11) Pneumonia crouposa 45 (34), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 29 (32), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 35 (27), Tussis convulsiva 54 (31), Typhus abdominalis 6 (6), Varicellen 10 (10), Variola, Variolois — (—). Summa 310 (320). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München.

während der 21. Jahreswoche vom 20. bis incl. 26. Mai 1888.

Bevölkerungszahl 275,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 3 (—), Scharlach 3 (1), Diphtherie und Croup 4 (3), Keuchhusten — (—), Unterleibstyphus 1 (1), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (1), Kindbettfieber 1 (1), andere zymotische Krankheiten 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 165 (183), der Tagesdurchschnitt 23.6 (26.1). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 31.2 (34.6), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 19.3 (23.6), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 17.1 (22.6).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassungen. Dr. Ernst Moser von Köslin, approb. 1888, zu Untersteinbach, Bezirksamt Hassfurt; Dr. Mangelsdorf von Leipzig in Bad Kissingen.

Verzogen. Dr. E. Frensdorf, Stabsarzt a. D. von Bayreuth nach Frankfurt a./M.

Erledigung. Die Bezirksarztesstelle I. Cl. bei dem neu zu bildenden Bezirksamte Wegscheid ist zu besetzen. Bewerbungsfrist bis zum 16. Juni 1888.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Angerstein, E. & G. Eckler, Haus-Gymnastik für Gesunde und Kranke. Berlin 1888. 3 M.

Cammerer, Dr. W., Zuckerharnruhr, Korpulenz, Gicht. Tübingen 1888 2 M.

Cohn, Prof. Dr. H., Die Schularztdebatte. Hamburg 1888. 1 M.

Damm, Dr. med. L A., Neura. I Bd. 6 Lfg. München 1888. 80 pf.

Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie. III. Auflage. Stuttgart 1888. 15 M.

Schulz, Dr. H., Grundriss der praktischen Arzneimittellehre. Stuttgart 1888. 5 M.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.